FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° 327

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présidée et soutenue le Mardi 10 Mai 1904, à 1 heure

PAR LÉOPOLD ROUSSEAU

Ancien aide d'anatomie et Lauréat de l'Ecole de Médecine de Tours

Ex-Interne de l'Hôpital de Tours

LE THIGÉNOL

(OLÉO-SULFONATE DE SODIUM)

Président : M. GILBERT, professeur.

Juges : MM. BROUARDEL, professeur.
THOINOT, VAQUEZ } agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE ARNOLD MULLER

36, RUE DE SEINE, 36

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	N. HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des mal. de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. LE DENTU. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GOUGET.	RENON.
AUVRAY.	GUIART.	RICHAUD.
BEZANÇON.	HARTMANN.	RIEFFEL (chef des travaux anat.)
BONNAIRE.	JEANSELME.	TEISSIER.
BROCA (Auguste).	LANGLOIS.	THIERY.
BROCA (André).	LAUNOIS.	THIROLOIX.
CHASSEVANT	LEGRY.	THOINOT.
CUNEO.	LEGUEU.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARION.	WALTHER.
DUPRE.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURE.	MERY.	WURTZ.
Gilles de la Tourette.	POTOCKI.	
GOSSET.	REMY.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Paris

Médecin des Hôpitaux, Chevalier de la Légion d'honneur

A mon Père et a ma Mère

A mes Amis

AVANT-PROPOS

Avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis de remplir un devoir bien agréable : remercier ceux qui nous ont guidé dans nos études médicales en nous prodiguant les conseils que la science et l'expérience peuvent seules suggérer.

A ce titre, nous dirons quelle dette de reconnaissance nous avons contractée envers M. le Professur d'anatomie A. Le Double, membre correspondant de l'Académie de Médecine, lauréat de l'Institut, dont l'enseignement très élevé nous fut d'une si grande utilité et dont les sages conseils ne nous ont jamais fait défaut. C'est un honneur pour nous de rappeler que nous fûmes son aide d'anatomie à l'école de Tours.

A M. le docteur P. Delagénière, professeur de clinique chirurgicale, membre correspondant de la Société de chirurgie, nous adressons nos sincères remerciements pour l'intérét qu'il a bien voulu prendre à la direction de nos études.

La technique bactériologique, qui présente au début tant de difficultés, nous a été bien moins difficile à connaître avec l'aide de M. Barnsby, membre correspondant de l'Académie de Médecine, directeur de l'École de médecine de Tours, dont la longue expérience nous rendit les plus grands services.

C'est avec émotion que nous adressons un respectueux souvenir à la mémoire de nos maîtres, les docteurs O. Herpin, professeur

de pathologie externe, et H. Thomas, professeur de clinique médicale, dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne à l'hôpital de Tours. Avec ces deux savants cliniciens, nous avons fait nos premier pas dans cette partie passionnante de la médecine, le Diagnostic, vers lequel convergent tous nos moyens scientifiques.

Nous renouvelons à M. le docteur Nigoul, ancien interne de l'hôpital Péan, nos sentiments d'amitié et nous le remercions des observations qu'il a bien voulu mettre à notre disposition.

Introduction

Depuis un an environ, l'on emploie en France, en Allemagne surtout, et en Suisse un médicament nouveau, le Thigénol, dont les applications diverses semblent avoir donné d'excellents résultats.

Recherchant si quelques travaux avaient été faits sur les propriétés thérapeutiques de ce produit, nous n'avons trouvé que des études éparses dans les publications médicales, tant françaises qu'étrangères. Ces études que nous avons lues, les observations que nous nous sommes procurées et les résultats que nous même avons obtenues, telles sont les sources auxquelles nous avons puisé les éléments de ce travail sur le Thigénol, travail surtout de mise au point.

En effet, notre intention est de présenter les diverses propriétés thérapeutiques du Thigénol dans les branches de la médecine où il a été employé, prévenant toutefois que nous ferons porter plus spécialement notre examen sur les ressources qu'il offre en gynécologie.

Voici donc le plan que nous avons adopté dans notre ouvrage :

1° Étude succinte du Thigénol au point de vue chimique;

2° Applications du Thigénol en thérapeutique (étude générale);

3° Le Thigénol en gynécologie.

On aura ainsi un ensemble de renseignements sur ce produit encore peu connu en France en dehors des quelques hôpitaux de Paris où il a été expérimenté et apprécié. Nous croyons utile de faire connaître le Thigénol en raison des avantges qu'il présente et des bons résultats qu'il a donnés lorsqu'il fut employé aux doses et de la façon que nous indiquerons dans la suite.

Bien que considéré, à juste titre, comme un succédané de l'Ichtyol, ce produit a des avantages appréciables sur ce dernier et beaucoup de ceux qui autrefois employaient l'Ichtyol sont, après l'emploi du Thigénol, convaincus de sa supériorité, à tel point que le professeur Jaquet, de Bâle, a pu dire que depuis le jour où il avait expérimenté le Thigénol dans son service, il s'était contenté de ce produit et avait tout à fait abandonné l'Ichtyol. La dermatologie semble donc, à l'heure actuelle, avoir acquis un nouvel agent thérapeutique qui rendra les plus grands services; qui, sans avoir les inconvénients de l'Ichtyol : odeur désagréable, taches difficiles à faire disparaître, jouit des mêmes propriétés et à un degré supérieur.

De plus, la composition chimique du Thigénol est fixe, et tous les produits, bien que provenant de fabrications diverses, ont toujours donné la même teneur en souffre (10 pour 100). Tandis que l'Ichtyol ne présentait pas une composition aussi stable.

Nous lisons le Traité de thérapeutique de Manquat, à l'article Ichtyol : « L'Ichtyol était d'abord un sulfo-ichtyolate de sodium, obtenu en traitant par l'acide sulfurique concentré, puis par le carbonate de soude les produits de la distillation d'une roche bitumeuse qui se trouve dans les environs de Seefeld (Tyrol) et qui provient de dépôts de poissons fossiles. Peu de temps après on substitua à ce composé l'ichtyo-sulfate d'ammoniaque qui résulte de la saturation de l'acide sulfurique par l'ammoniaque. Ces corps ne paraissent pas définis.....

« Sa valeur thérapeutique dépendrait de sa richesse en soufré, qui est d'environ 10 pour 100. (Nothnagel et Rossbach.) »

Ainsi, le premier avantage du Thigénol serait sa composition toujours fixe, chose importante si l'on veut considérer avec quelle prudence et aussi avec quelle sûreté de moyens il faut agir dans certaines affections de la peau.

D'après des recherches toutes récentes entreprises par le docteur O. Helmer (*Virchow's Archiv*, vol. 135, page 485), nous trouvons encore un argument en faveur du Thigénol.

Si, comme le font remarquer Nothnagel et Rossbach, la valeur thérapeutique de l'Ichtyol dépend de sa richesse en soufre, nous voyons que le Thigénol sera plus actif, celui-ci contenant plus de soufre. En effet, les recherches du docteur Helmer donnent les résultats suivants :

Tous les échantillons d'Ichtyol examiné n'ont donné jamais plus de 8,8 pour 100 de soufre contenu, alors que le Thigénol donne toujours, sans aucune variation, la proportion de 10 pour 100 de soufre.

Une des qualités du Thigénol, c'est d'être presque inodore. On connait l'odeur forte, pénétrante, désagréable de l'Ichtyol et dans beaucoup de circonstances c'est à cause de cette odeur qu'il a fallu renoncer à l'employer. Avec le Thigénol ce désagrément est supprimé, et s'il n'est pas totalement inodore au moins il ne risque pas d'incommoder les sujets qui s'en seront servis, ainsi que l'entourage.

Le Thigénol déposé sur la peau ou encore sur des pièces de pansements laisse des taches brunes un peu plus claires que celles du goudron. Ces taches sont enlevées le plus facilement avec de l'eau ou encore avec de l'eau savonneuse et cela sans laisser la moindre trace ni sur le linge, ni sur la peau.

Il est rare que les applications ou les pansements utérins faits avec le Thigénol provoquent la moindre sensation de brûlure. Une chose absolument sûre, c'est qu'il n'est pas irritant, il aurait plutôt, au contraire, une action lénitive, analgesique et surtout antiprurigineuse qui lui assure un des premiers rangs dans la thérapeutique dermatologique.

Les observations que nous publions à la fin de ce travail montreront les résultats obtenus en gynécologie par l'emploi du Thigénol en solution dans la glycérine. Dans tous les cas énumérés l'on pourra se rendre compte de l'action rapide de ce nouveau médicament.

Nous pouvons considérer le Thigénol comme aussi peu toxique que l'Ichtyol, ces deux corps sont presque inoffensifs. Avec des doses de 10 à 20 grammes d'Ichtyol on n'a pu provoquer que de la diarrhée chez le chien.

Nous verrons les propriétés spéciales du Thigénol au chapitre consacré au traitement des affections gynécologiques, propriétés amplement démontrées par les observations que nous publions à ce sujet.

Etude chimique

Nous dirons rapidement quelques mots du Thigénol au point de vue chimique.

Le Thigénol est l'oléo-sulfonate de sodium contenant en solution des sulfures organiques provenant de la réduction de l'acide sulfurique par l'huile d'amandes douces. La constitution du Thigénol est relativement simple si on la compare à celle de l'Ichtyol et de ses succédanés.

Tandis que l'Ichtyol est une huile carburée, voisine du pétrole, mais qui s'en distingue par la présence d'une grande quantité de produits sulfurés, azotés et phosporés, le Thigénol, plus modeste, tire son origine de l'huile d'amandes douces.

Pour l'obtenir, on traite l'huile d'amandes douces par l'acide sulfurique concentré ; on chauffe. L'huile s'oxyde aussitôt aux dépens de l'acide ; il se forme une série complète de composés oxygénés du soufre à différents degrés d'oxydation. On recueille avec précaution la couche qui s'établit par le repos dans le liquide au-dessous d'une couche supérieure d'huile non attaquée, puis on traite une nouvelle fois par une petite quantité d'acide sulfurique à chaud en prolongeant l'opération.

On laisse se refroidir et reposer, on neutralise exactement par la soude. On étend alors la préparation ainsi obtenue d'une grande quantité d'eau, on filtre, on réduit de volume, on filtre une nouvelle fois, puis on distille.

Le Thigénol se présente sous l'aspect d'une huile épaisse, brun rougeâtre, d'odeur faible, sans caractéristique particulière, sa saveur rappelle celle d'une huile fraîche ; un arrière goût, légèrement alliacé, indique seulement la présence des sulfures organiques. Le Thigénol est soluble dans l'eau et dans les autres dissolvants sans altération.

La préparation du Thigénol se rapproche sensiblement de celle de l'Ichtyol, mais sa constitution est beaucoup plus simple et, par suite, naturellement identique et constante. Les analyses faites sur différents échantillons de Thigénol provenant de différentes fabrications ont toujours donné les mêmes résultats pour la teneur en soufre.

Outre les phénols et les produits empyreumatiques très divers qui communiquent à l'Ichtyol une odeur insupportable, l'iode, le brome et les sels minéraux qu'il contient, occasionnent sur le linge des taches indélébiles. Le Thigénol, au contraire, par son origine végétale, ne présente aucun de ces inconvénients.

On a pu croire, à une certaine époque que l'Ichtyol tenait ses qualités thérapeutiques de son origine extractive et de sa complexité, aussi les nombreux succédanés qui se sont présentés ont-ils pris naissance dans le chapitre des hydrocarbures saturés. Le Thiol, par exemple, n'est autre chose que l'Ichtyol artificiel obtenu par sulfonation des huiles lourdes de pétrole et de houille.

Avec le Thigénol, on est arrivé à plus de simplicité ; on a pensé que si le soufre était le seul agent actif de l'Ichtyol, il ne fallait pas nécessairement traiter une huile minérale. Une huile végétale devait agir de la même façon, son pouvoir réducteur étant aussi grand et sa qualité d'excipient étant supérieure.

Les observations qui suivent ont justifié entièrement cette opinion, puisque le Thigénol s'est révélé d'une action supérieure à celle de l'Ichtyol et de ses dérivés.

Applications du Thigénol en thérapeutique

Le Thigénol est employé en dermatologie, en vénéréologie, dans le traitement des brûlures, en otologie et en gynécologie.

A. — *En dermatologie :*

Nombreuses sont ses applications au traitement des maladies de la peau, grâce à son pouvoir kératoplastique, à son action calmante sur l'élément prurit que l'on retrouve si souvent au cours de ces affections. Sa valeur comme antiseptique, ses propriétés analgésiantes et vaso-constrictives en font un médicament de choix toutes les fois que l'on voudra obtenir une action antiphlogistique, calmante, et une dessication rapide des surfaces enflammées et suintantes.

C'est avant tout un agent réducteur, mais un réducteur faible.

Unna, de Hambourg, donne le nom de corps réducteurs à des produits souvent très différents les uns des autres au point de vue chimique, mais ayant tous cette propriété : fixer l'oxygène des tissus. En application sur la peau, les corps réducteurs amèneraient l'épaississement de la couche cornée par leur action sur les cellules épineuses les plus superficielles. Il faut joindre à cette action un certain pouvoir nocif sur les microbes et les germes pathogènes, découlant toujours de la fixation d'oxygène.

Ces deux actions, kératoplastique et antiseptique, s'accompagnent de vaso-constriction des vaisseaux de l'épiderme et de réaction inflammatoire quand on fait l'application d'un réducteur fort, tel que la chrysarobine, le goudron, etc.

Au contraire, en employant les réducteurs faibles, comme le Thigénol, il ne se produit pas de réaction inflammatoire, mais il

y a toujours vaso-constriction et cette vaso-constriction amène dans le cas d'affection prurigineuse une sédation de ce symptôme quand le prurit est dû à l'infiltration des tissus, à la compression des extrémités nerveuses terminales. Et cette action sera plus sûre que celle obtenue par les anesthésiques de la peau, car elle se produit en agissant sur la cause même du prurit, alors que les anesthésiques ne le calmeront que passagèrement. C'est toujours la question, indiscutable d'ailleurs, de la supériorité d'une thérapeutique pathogénique sur une thérapeutique qui s'attaque aux symptômes seuls de l'affection.

On emploiera donc le Thigénol dans tous les cas où les réducteurs sont indiqués.

Dans l'eczéma aigu :

Quand on aura obtenu, après applications émollientes, la sédation des phénomènes inflammatoires du début, on pourra employer des badigeonnages une ou deux fois par jour avec une solution faible de Thigénol à 5 pour 100 dans l'eau distillée en augmentant à 10, 20 pour 100 suivant la sensibilité du malade. L'on pourra aussi incorporer le Thigénol dans la pâte de Lassar, toujours à faibles doses, pour tâter la susceptibilité de la peau. On obtient ainsi de très beaux résultats en quinze jours ou trois semaines. Disparition rapide des démangeaisons, la peau s'assouplit, l'humidité disparaît aussi.

Si les lésions tardent à disparaître, on augmente la quantité de Thigénol de la solution ou de la pâte. On peut même employer pur le Thigénol.

C'est ainsi que l'eczéma de la face rétrocède par l'application du Thigénol pur ou encore mélangé à la pâte de Lassar.

Eczéma chronique.

On emploie, après avoir fait disparaître les infections secondaires de la peau si communes dans cette forme, des pâtes au Thigénol ou même le Thigénol pur, ainsi que le conseille Silberstein de Vienne.

Ne pas oublier, dans le traitement de l'eczéma chronique, les métastases, c'est-à-dire l'apparition de troubles viscéraux ou

nerveux survenant à la suite de la guérison d'un eczéma. Bien que ces cas soient assez rares et qu'ils ne se montrent que chez les arthritiques, il est bon d'y penser afin de ne pas s'exposer à des accidents assez graves en traitant trop énergiquement un eczémateux chronique, en guérissant son eczéma.

Il y a donc une classe d'eczémas qu'il vaut mieux limiter que guérir complètement, ce qui n'empêche pas que dans la pluralité des cas, on doit traiter et guérir, si possible, l'eczéma.

Dans la gale :

Les traitements ici sont nombreux, mais presque tous ont des inconvénients.

Un des plus connus est celui de l'hôpital Saint-Louis que l'on pratique ainsi :

1° Friction de vingt minutes environ, avec du savon noir et de l'eau tiède sur toute la peau ;

2° Bain tiède, dans lequel le malade continue à se frictionner vigoureusement.

3° Friction à la pommade d'Helmerich modifiée par Hardy. Puis le malade garde cette pommade jusqu'au lendemain et s'en débarrasse par un bain amidonné.

Il est important de reprendre des effets et du linge de corps propres et de ne se vêtir des effets que l'on portait ayant la gale qu'autant qu'ils ont été désinfectés.

Le traitement belge se compose d'une friction de savon de potasse faite dans un bain tiède, suivie d'une autre friction énergique avec une flanelle que l'on trempe dans la solution de sulfure de calcium de Vleminkx. On opère devant un feu très vif, de façon que le sulfure de calcium sèche rapidement et reste incrusté dans les sillons.

Ensuite le malade prend un bain émollient.

Comme toujours les effets doivent être désinfectés.

Ce sont là deux traitements très rapides mais aussi très irritants.

On se sert aussi comme traitements plus doux, mais aussi plus longs et moins sûrs, de frictions faites pendant une semaine avec une pommade composée de 20 pour 100 de styrax liquide ou de baume du Pérou dans l'axonge.

Ces traitements présentent des complications et cela assez souvent. Les cas ne sont pas rares où l'on a signalé des éruptions eczémateuses, à la suite des frictions faites avec la pommade soufrée d'Helmerich; l'albuminurie durant quelques jours à la suite des frictions irritantes; des néphrites consécutives à l'emploi du styrax et du baume du Pérou.

A part ces complications, il faut bien dire que les enfants et les femmes, ou les individus dont l'épiderme est très sensible, supportent mal les pommades irritantes que nous avons mentionnées. Aussi arrive-t-il souvent que les malades conservent pendant quelque temps un prurit (prurit post-scabieux) fort désagréable, à tel point qu'ils se croient encore la proie de leur ancienne affection.

Le traitement de la gale avec le Thigénol n'offre point ces inconvénients.

Après une friction au savon vert, le malade prend un bain, puis il est frotté sur tout le corps avec le Thigénol, cela le matin. Le soir du même jour nouveau bain qui débarrasse le malade du Thigénol qui s'était déposé sous forme de mince pellicule, puis nouvelle friction avec le Thigénol.

Avec ce traitement, on observe la disparition des démangeaisons; les frictions ne sont pas irritantes et ne provoquent pas de complications. De plus, le Thigénol n'a que peu ou pas d'odeur. Le malade peut vaquer à ses occupations pendant la durée du traitement, quelle que soit sa durée.

Naturellement, on n'oubliera pas de désinfecter les effets qui ont servi durant la maladie.

La quantité de soufre que contient le Thigénol en fait un parasiticide dont l'effet n'est pas douteux.

Séborrhée

« Dans le traitement local des formes huileuses, le soufre est le médicament le plus fidèle; on peut l'appliquer au cuir chevelu sous forme de poudrage avec du soufre précipité, de lotion, de pommade à 10 ou 20 pour 100 dans l'axonge; à la face il faudra employer des doses plus faibles, ou faire des pulvérisations d'eau sulfureuse.

« Dans les séborrhées plus ou moins squameuses, le soufre est encore indiqué d'autant plus que la desquamation est plus grasse.

Ainsi s'exprime W. Dubreuilh, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Bordeaux (Précis de dermatologie, 2e édition p. 490).

Aussi doit-on dire que les plus grands succès obtenus avec le Thigénol se rapportent à des cas où l'affection de la peau est d'origine séborrheïque (pytiriasis simplex, croûtes de lait, eczéma séborrheïque).

Grâce au dosage facile du Thigénol en solutions ou pommade, on aura la certitude d'obtenir l'action que l'on recherche et cela, on pourrait dire, d'une façon mathématique.

Acné

Les pommades soufrées sont recommandées dans le traitement local de l'acné vulgaire. Certains auteurs prétendent même que le soufre aurait une action spécifique sur l'acné.

On pourra donc employer les solutions, les pommades au Thigénol pour guérir cette affection.

Voici une formule de solution qui donne de bons résultats :

Thigénol	5 gr.
Glycérine	10 gr.
Alcool	20 gr.

Usage externe

Dans les cas d'acné rosée, il faudra agir avec prudence, car le plus souvent aucun des médicaments employés n'est supporté. On emploiera des solutions faibles ou des pommades à l'oxyde de zinc avec de légères quantités de Thigénol.

Furonculose

Les petits furoncles sont le plus souvent arrêtés dans leur développement quand on les badigeonne au début deux ou trois fois par jour avec une solution à parties égales d'alcool et de Thigénol.

Erysipèle

Le collodion au Thigénol à 50 0/0 a donné de bons résultats dans le traitement de l'erysipèle. Il suffit de déposer une couche de cette préparation sur la surface malade : la couche de collodion dépassera de 1 c^m à 2 c^m la zone enflammée.

La trichophytie et le Favus sont encore un champ d'expérience pour le Thigénol qui jouit, grâce à sa teneur en soufre, de propriétés parasiticides.

Le prurit de l'urticaire est calmé par le Thigénol pur, ou en solution et pommades. Il en est de même des prurits anal et vulvaire et des piqûres d'insectes.

Brûlures

Quelques expériences du traitement des brûlures par le Thigénol pur ou sous forme de liniment ont été faites dans plusieurs hôpitaux. L'on a obtenu une action analgésique rapide et la guérison s'est opérée dans de bonnes conditions.

B. — *En Vénéréologie :*

Dans le traitement du chancre mou il est bon d'employer les badigeonnages de Thigénol. Les résultats obtenus sont très encourageants, surtout au point de vue de la rapidité de son action : la guérison a toujours été obtenue plus rapidement que par les autres procédés de pansement employés jusqu'à ce jour.

Nul doute que l'emploi de ce médicament ne se généralise et devienne bientôt un des moyens à mettre en œuvre à chaque occasion qui se présentera, de traiter cette affection.

C. — *En Otologie :*

Dans une communication à la Société d'Otologie de Vienne, le docteur E. Urbantschitch a fait connaître les résultats qu'il a obtenus dans le traitement des maladies de l'oreille. Nous lisons

le résumé de cette communication dans la *Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie,* du docteur E.-J. Moure de la Faculté de Médecine de Bordeaux :

« Dans ses essais sur les otites purulentes et même cholestéatomateuses, Urbantschitch a eu, en général, de bons résultats avec les préparations suivantes :

Thigénol	5 gr.
Eau oxygénée à 6 pour 100	20 gr.
Alcool	10 gr.

et

Thigénol	5 gr.
Alcool	20 gr.
Eau	10 gr.

« Le Thigénol lui a rendu de très bons services dans les otites aiguës non perforatives. La douleur disparaissait vite et la paracentèse a souvent été évitée par des instillations avec :

Glycérine Eau	ââ	10 gr.
Thigénol	2 à	4 gr.

On prescrit les mêmes instillations pour les otites externes diffuses avec gonflement des parois et démangeaisons de l'oreille. La vaseline au Thigénol à 1/5 serait recommandée contre l'eczéma de l'oreille.

Nous aurions pu relever, dans le cours de cette nomenclature d'affections si diverses, passibles d'un traitement par le Thigénol, des observations nombreuses pour chaque cas. Mais, comme nous l'avons déjà dit, telle n'est point notre intention, nous sortirions des limites que nous nous sommes tracées.

C'est dans les pages suivantes, consacrées à l'étude du Thigénol en gynécologie, que nous publierons des observations à l'appui de notre opinion sur les profits que l'on peut retirer de son emploi dans cette branche de la médecine.

Notions générales de Gynécologie médicale

HISTORIQUE — DIVISION DU SUJET

Nous allons maintenant étudier l'action du Thigénol dans les affections courantes de petite gynécologie. Ces maladies sont si si nombreuses qu'il n'y a pas de praticien, à la ville et à la campagne qui ne se trouve obligé d'instituer contre elles un traitement tout au moins palliatif.

Les souffrances, parfois si vives, qui caractérisent ces affections deviennent un obstacle à la vie active, et, si l'on considère qu'un grand nombre de femmes sont occupées, au dehors ou dans leur ménage, à des travaux parfois pénibles, on comprend toute l'importance d'une thérapeutique qui, bien dirigée, peut rendre aux malades, sinon la santé, du moins leur donner un soulagement sensible et fort apprécié.

En ce sens, le Thigénol, par ses vertus analgésiantes, sera un médicament remarquable, comme nous le montrerons dans le cours de ce travail.

Mais il faut bien savoir que si les traitements employés en petite gynécologie paraissent de prime abord très simples, ils demandent une exécution délicate et surtout une grande sûreté de diagnostic.

En gynécologie, en effet, peut-être plus que dans toute autre branche de la médecine, il ne faut pas agir à la légère.

Aussi, bien que notre sujet ne nous permette pas de parler longuement de la *Kinésithérapie gynécologique,* nous tenons à mettre en garde les médecins contre les abus de cette pratique. Le massage, en effet, s'il n'est pas pratiqué par des mains douces et habiles, si, d'autre part, il est employé contre des lésions insuffi-

samment décongestionnées, peut aboutir aux pires conséquences. On a vu des poussées aiguës, voir même suraiguës, fort graves, succéder à des manœuvres de ce genre faites d'une manière inconsidérée ou intempestive sur des lésions métritiques ou salpingo-ovariennes insuffisamment éteintes. C'est ainsi qu'à propos du traitement des métrites douloureuses chroniques, le professeur Pozzi écrit :

« Malgré la vogue dont ce moyen jouit en Suède, malgré les bons effets publiés par Reeves Jakson, Runge Prochownick, etc., j'ai, pour ma part, hésité jusqu'ici à me servir de cette arme à double tranchant qui peut si facilement réveiller des accidents aigus au niveau de l'utérus ou dans son voisinage, comme je l'ai constaté récemment ». (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie,* 1895, p. 52.)

Il sera donc prudent, surtout dans les affections subaiguës des organes pelviens de ne pas commencer le massage abdominal et la mobilisation de l'utérus avant 8 à 10 jours en moyenne de pansements résolutifs, on aura ainsi tout lieu de croire s'être mis à l'abri des recrudescences inflammatoires.

Voilà pourquoi il sera bon de rechercher quel est le médicament nous offrant les meilleures qualités résolutives et antiseptiques, car plus ces qualités seront développées et plus les possibilités désastreuses, dont nous parlions tout à l'heure, seront improbables. En ce sens, le Thigénol paraît à l'heure actuelle le médicament de choix, car il se présente, au point de vue résolutif et antiseptique, comme bien supérieur à l'Ichtyol lui-même.

La thérapeutique médicale des affections gynécologiques est fort ancienne : « De tout temps, on a eu recours aux injections d'eau simple ou additionnée de substances médicamenteuses, ne fut-ce que pour nettoyer le vagin des sécrétions qui y séjournaient ». (Labadie, Lagrave et Lequeu, *Traité médico-chirurgical de Gynécologie,* 2e édition, 1901). Ambroise Paré, Scultet, Louys Guyon (1673), Etmuller (XVIIe siècle), Dionis (XVIIIe siècle), faisaient, autant que leur permettaient les moyens dont ils disposaient, de la thérapeutique gynécologique. Récamier, en 1812, portait des topiques sur le col utérin pour essayer de guérir les ulcérations. Depuis cette époque, tous les médecins ont essayé de soulager directement les femmes qui se confiaient à leurs soins. M. le docteur Jayles, dans un article fort intéressant paru dans le

n° 12 (1904) de la *Presse Médicale*, sur le spéculum et ses variations à travers les âges, donne un aperçu historique de ce que pouvait être l'art gynécologique aux diverses époques où cet instrument était employé.

Aujourd'hui, les médicaments sont nombreux et les méthodes aussi, qui s'efforcent d'arriver à la guérison des maladies de la femme; et chaque médecin peut facilement n'importe où, essayer de soulager d'aussi douloureuses affections.

Nous allons donc passer d'abord en revue, les divers états pathologiques vraiment susceptibles d'être traités avec succès par les moyens médicaux dont nous disposons, en faisant cette réserve, qu'on n'obtient pas toujours une guérison définitive, et que plus d'une fois, les agents médicaux étant reconnus impuissants, une intervention chirurgicale est nécessaire. Cependant, même dans ce cas, nous aurons mis la malade en de meilleures conditions pathologiques pour subir cette intervention, et si d'autre part, nous n'avons pas guéri, nous avons au moins soulagé, et retardé pour longtemps peut-être, l'évolution de ces affections désespérantes.

Nous étudierons ensuite les qualités respectives de chaque agent médicamenteux mis à notre disposition par la thérapeutique gynécologique; nous montrerons que le Thigénol paraît à l'heure actuelle présenter le plus de qualités avec le minimum d'inconvénients.

Nous suivrons les diverses actions du Thigénol sur les différents cas qui se présentent à notre observation et nous verrons enfin, s'il convient de dire avec Neumann, de Berlin et Jaquet, de Bâle : « Pour nous le Thigénol a complètement remplacé l'ichtyol » (Neumann, *sur l'emploi du Thigénol dans les maladies des femmes*. Muller, éditeur).

Affections gynécologiques susceptibles d'être traitées par les procédés indirects ou médicaux

Nous n'avons pas à nous occuper ici, des affections aiguës ou suraiguës des organes génitaux. La meilleure méthode à employer dans ce cas est le traitement général. Repos au lit « comme pour une fracture de jambe » *Tillaux,* révulsion hypogastrique ou iliaque *loco dolenti;* cataplasmes laudanisés sur l'abdomen, opium en lavement ou en suppositoire et belladone contre les douleurs, parfois même injections sous-cutanées de morphine ou de dionine, injections antiseptiques très chaudes à 40°, 45°. S'il s'agit d'une pelvipéritonite aiguë, on se trouvera bien des applications de glace sur le ventre. On instituera aussi un traitement tonique et reconstituant. Mais en aucun cas, tant que durera la phase aiguë on ne tentera d'agir directement sur les organes enflammés.

Au bout d'un certain temps, variable avec l'importance des lésions, quand l'orage sera calmé ou bien, plus tard encore quand la malade aura repris le cours de ses occupations, conservant le reliquat douloureux de sa crise passée, il sera bon d'agir. On aura intérêt à ne pas attendre trop longtemps, car les lésions subaiguës deviendraient franchement chroniques et les résultats obtenus seraient moins nets. Dans les périodes subaiguës, en effet, le traitement médical donne de très bons résultats bien meilleurs en tout cas que s'il s'agissait de lésions invétérées, définitives. Autant que possible, il faut donc agir avant que la transformation scléreuse ait envahi les organes. Cependant il serait indiqué de les traiter aussi, car on obtiendra très souvent, comme nous le disions tout à l'heure, une amélioration sensible et un réel soulagement.

Quelles sont donc les affections justiciables du traitement médical? En premier lieu la vaginite. A la période suraiguë il serait souvent difficile d'instituer un traitement local complet. La vulve, la muqueuse vaginale sont œdématiées, extrêmement douloureuses et ne peuvent supporter le moindre contact; la canule de l'injecteur même produit une véritable souffrance. Mais au bout de quelques jours, avant même la phase subaiguë, les divers pansements résolutifs et antiseptiques auront de bons effets, et l'on empêchera peut-être, l'extension du virus morbide à l'utérus et aux trompes, si la voie lymphatique ne l'y a déjà porté. Donc :

1° Vaginite quelle qu'elle soit, gonococcique ou saprophytique.

2° Les affections subaiguës et chroniques de l'utérus, qu'il y ait ou non ulcérations du col.

Métrite hémorragique.
Métrite parenchymateure.
Endométrite sénile.

3° Les déviations utérines se trouveront bien des pansements résolutifs qui, en dégorgeant les vaisseaux utérins, rendront le redressement des déviations plus facile au massage.

Antéversions.
Antéflexions.
Rétroversions.
Rétroflexions
Latéroversions

4° Les inflammations subaiguës et chroniques des trompes.

a. Salpingites non kystiques :

Salpingite catarrhale subaiguë.

Salpingite purulente subaiguë

à la période où l'ostium utérinum est encore perméable, stade avant coureur du pyosalpinx.

Salpingite sans rétention de date récente.

Salpingite parenchymateuse hypertrophique de Pozzi avec perméabilité de l'ostium utérinum. (La salpingite atrophique parenchymateuse ne saurait être influencée par un traitement médical).

b. Salpingites kystiques pas encore invétérées alors qu'il est permis d'espérer rétablir ou conserver la perméabilité de l'ostium utérinum :

Hydrosalpinx ouvert de Froriep.

Hématosalpinx peu volumineux.

Pyosalpinx récent

ouvert par intermittence sous la forte pression du liquide.

5° Les inflammations subaiguës de l'ovaire.

Ovarite subaiguë

avant que les lésions aient déterminé les formes hypertrophique, atrophique, sclérokystique,

6° Les périmétro-salpingites.

Périmétrites.

Paramétrites.

Phlegmon du ligament large proprement dit tant que le processus phlegmasique n'a pas dépassé le stade de l'infiltration œdémateuse ou des exsudats séreux.

7° Pelvipéritonites subaiguës avec exsudats et adhérences.

8° Les inflammations qui ont atteint à la fois l'ensemble des organes pelviens.

Métro-salpingo-ovarites.

Dans le cas où cette division paraîtrait exagérée, nous dirons que nous ne voulons pas démontrer la guérison de toutes ces affections. Nous pensons seulement, que toutes peuvent être améliorées par les pansements thigénolés, aussi bien et mieux peut-être que par l'ichtyol et nous prétendons ainsi devenir les auxiliaires utiles de la chirurgie.

Il faudra, bien entendu, suivant les indications pathologiques, ajouter à l'action des pansements les propriétés caustiques de la teinture d'iode par exemple, mais nous n'avons pas l'intention d'étudier l'action des cautérisations, des scarifications ,des dilatations ou drainages, notre dessein est de rechercher et d'établir cliniquement les résultats qu'on est en droit d'attendre des solutions thigénolées employées pour combattre ces diverses phlegmasies.

Anatomie pathologique

Pour mieux comprendre les effets thérapeutiques du Thigénol en gynécologie, il est nécessaire de passer rapidement en revue l'anatomie pathologique des lésions qu'il est appelé à améliorer ou à guérir.

Au point de vue symptomatique, une métrite subaiguë ou une métrite chronique sont assez difficiles à différencier. On se basera sur l'époque probable où la maladie a commencé, et si le début a été violent, sévère, la chose sera facile. Malheureusement, beaucoup de métrites, de salpingites et d'ovarites sont chroniques d'emblée. Il n'en est pas moins vrai que des lésions chroniques relativement récentes sont à coup sûr moins développées que des lésions chroniques, invétérées, remontant à plusieurs années. Dans ces dernières affections, la transformation sclérofibreuse est évidemment bien plus accentuée ; elle n'est encore qu'ébauchée dans les lésions plus récentes.

Ces commémoratifs mis à part, et aidé par la date d'apparition de la leucorrhée, des douleurs, des hémorragies, on peut avec de l'habitude diagnostiquer les cas chroniques et les cas subaigus. Une métrite chronique, par exemple, existera quand l'utérus sera très volumineux, dur, fibromateux, une salpingo-ovarite quand le toucher fera reconnaître un cordon volumineux très dur et douloureux au toucher : l'ovaire présentera un volume exagéré. La douleur sera très vive au contact des doigts et on percevra des adhérences nombreuses. Dans les cas subaigus, ces symptômes sont moins accusés et on constate souvent de l'empâtement douloureux des culs de sac. Cependant, ce diagnostic est difficile ; apprécier au toucher la variété clinique de ces affections demande « une finesse de tact qui ne sera jamais l'apanage que d'un nombre infime de cliniciens. » (Pozzi, *Traité de gynécologie).* C'est surtout aux signes fonctionnels et généraux et aux commémoratifs qu'il faudra avoir recours.

Mais au point de vue anatomo-pathologique, les lésions présentent des deux parts un caractère plus tranché.

S'il s'agit d'une métrite subaiguë, l'organe ne présentera pas encore l'hypertrophie totale dont il sera le siège dans la métrite chronique. Parfois, les lésions se sont arrêtées au col, et des pansements thigénolés pourront arrêter la marche de l'inflammation dans tout le reste de l'organe. La muqueuse est boursouflée, inégale, d'un rouge livide et suivant la prédominance des lésions glandulaires ou conjonctives, l'endométrite sera glandulaire ou interstitielle. On constate en outre une hypersécrétion de mucus qui remplit la cavité utérine. Les capillaires sanguins sont très dilatés, il y a des vaisseaux de nouvelle formation. Les lésions vasculaires existent non seulement sur la muqueuse, mais dans toute l'épaisseur du muscle utérin, présentant par endroit tous les caractères de l'angiome caverneux. *(Pilliet, Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie, 1896, n° 36, p. 423).* On remarque aussi l'hypertrophie et la multiplication des cellules du tissu conjonctif. Le parenchyme utérin participe à son tour à cette inflammation et il existe une hypertrophie des fibres musculaires.

Mais c'est surtout dans les métrites chroniques invétérées qu'on observe des lésions avancées du tissu conjonctif et du parenchyme. Le tissu conjonctif est ici dense, fibreux, la fibre musculaire est considérablement hypertrophiée, il y a hyperplasie musculaire et hyperplasie conjonctive. La sclérose envahit l'organe.

Ces utérus sont très gros, globuleux, le muscle utérin est dur, fibreux, presque cartilagineux. La cavité utérine devient ovalaire, les angles supérieurs sont effacés, comblés par la muqueuse boursouflée.

Les ulcérations du col diffèrent aussi dans les deux cas. Dans les métrites subaiguës, les ulcérations sont d'un rouge vif, elles sont formées soit par la muqueuse en ectropion, soit par de véritables altérations sur place (Pozzi) ayant un aspect papillaire ou folliculaire et en tout cas constituées par des lésions franchement inflammatoires. Quelquefois il s'agit de simples érosions plus ou moins enflammées. On observe aussi des kystes glandulaires ou œufs de Naboth.

Dans les cas chroniques, au contraire, les ulcérations sont plus étendues, plus profondes. Le tissu conjonctif offre des signes d'inflammation manifeste. Ces ulcérations sont d'apparence sclé-

reuses, fibreuses, entourées d'un tissu presque cartilagineux réagissant mal sous l'influence des traitements. Elles existent, ainsi constituées, sur des utérus atteints de métrite parenchymateuse chronique, des utérus fibromateux.

L'anatomie pathologique des salpingo-ovarites diffère aussi suivant que les lésions sont subaiguës ou chroniques. Dans les cas subaigus non kystiques, le volume de la trompe n'est pas très considérable, mais la trompe est dilatée, la muqueuse est boursouflée, les vaisseaux ectasiés. Il y a hypertrophie de la paroi fibro-musculaire; l'ostium utérinum, malgré l'épaississement de la muqueuse qui rétrécit sa lumière, n'est pas entièrement oblitéré. Fait très important, car il nous expliquera dans un instant le mécanisme de l'action thérapeutique du Thigénol dans les affections annexielles.

Dans les salpingites subaiguës avec épanchement, cet ostium utérinum reste la plupart du temps ouvert ; sur 95 cas, en effet, Reymond ne le trouve pas oblitéré une seule fois et les observations de la Torre et de Watkins sont identiques à ce point de vue.

S'il s'agit de salpingite kystique récente, les lésions ne seront pas développées encore au point d'oblitérer l'ostium utérinum. L'écoulement du liquide dans la trompe sera continu ou intermittent, suivant que l'orifice tubaire interne sera ouvert constamment ou par intermittence et l'on aura les variétés profluentes ou intermittentes d'hydro, hémato, pyosalpinx.

Mais, dans les cas chroniques, il n'en est plus ainsi : ou bien la tunique fibro-musculaire de la trompe est considérablement hypertrophiée, laissant une cavité tubaire très rétrécie et c'est la forme parenchymateuse hypertrophique de Pozzi ; ou bien le tissu fibreux aura envahi tout l'organe qui se rétracte en « un cordon fibreux imperméable » (Pozzi) et formant ainsi d'après Boldt, une véritable cirrhose tubaire. *(Boldt, amer. journal of obst. février 1888, p. 122).*

Dans ce cas, l'ostium utérinum est le plus souvent oblitéré, ou s'il ne l'est pas lui-même, la trompe par endroit, présente de véritables soudures qui rendent sa cavité imperméable.

S'il s'agit de salpingites kystiques, les lésions sont aussi très accentuées, les orifices externe et interne de la trompe seront complètement oblitérés dans un pyosalpinx ancien. L'hydrosal-

pinx lui-même est généralement de la forme occlusa décrite par Froriep. (*Froriep, Beobachtung einer wahren Sackwassersucht der Follapischen Trompetus. Med. Zeit.* Berlin, 1834, n° 1, p. 3). L'hématosalpinx ancien présentera aussi le plus souvent un ostium utérinum fermé, et pourra atteindre de très fortes dimensions.

Pour les lésions ovariennes, mêmes remarques : l'ovarite subaiguë peut encore être influencée par un traitement médical. L'ovaire est le siège d'une inflammation portant à la fois sur tous ses éléments, mais sans prédominance bien marquée pour tel ou tel tissu, la muqueuse est surtout épaissie, infiltrée de leucocytes, les vaisseaux sont dilatés, mais il n'y a pas encore transformation scléreuse de l'organe.

L'ovarite chronique présente plusieurs formes. La forme hypertrophique est caractérisée par une hypertrophie considérable du tissu fibreux et des autres éléments glandulaires. La sclérose envahit l'organe.

La forme atrophique succède à la précédente. Ce sont des lésions cirrhotiques, l'ovaire est un bloc scléreux.

La forme sclérokystique est, comme son nom l'indique, caractérisée par l'envahissement de la sclérose avec kystes multiples. C'est une dégénérescence ovarienne.

Les lésions de la perimetro-salpingite subaiguë consistent surtout en un œdème inflammatoire siégeant autour des annexes avec empâtement de la région (Périmétrite). On constate des noyaux inflammatoires de lymphangite. Puis il se fait de véritables collections séreuses, en particulier dans le cul-de-sac de Douglas et autour des annexes. Plus tard, la purulence peut s'installer, des abcès se former dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Dans le phlegmon du ligament large ou paramétrite, les lésions sont constituées par une infiltration œdémateuse, avec forte tuméfaction et exsudation abondante sero-sanguinolente entre les deux feuillets du péritoine.

On constate aussi un épanchement séreux ou séro-fibrineux parfois purulent dans le cul-de-sac de Douglas, lorsqu'il s'agit de pelvi-péritonite subaiguë, abcès pelvien de Pozzi. L'épanchement peut être fort considérable, mais il est circonscrit par de fausses membranes protectrices. Cependant la purulence n'est pas fatale, et l'épanchement séreux, transparent, peut garder ces caractères

indéfiniment. Griffith en a donné des observations. (Griffith, *Saint-Bartholom. hosp. Rép.*, 1882, p. 291).

Des pansements résolutifs régulièrement appliqués pourront dans ces cas rendre d'incontestables services en empêchant la purulence de se produire et en aidant à la résorption des exsudats.

Mais il ne faut pas exagérer l'importance des traitements médicaux sur ces diverses affections. Nous touchons ici aux frontières du domaine chirurgical. C'est affaire de diagnostic et de précision médicale.

Nous avons tenu à donner ces notions tout à fait générales d'anatomie pathologique parce qu'elles nous ont paru nécessaires pour expliquer les diverses actions thérapeutiques du Thigénol. Il est clair, en effet, que des pansements résolutifs n'auront pas le même succès sur des métrites chroniques invétérées, ni sur des trompes ou des ovaires sclérosées que sur les mêmes affections subaiguës. Dans un cas, nous obtiendrons simplement l'indolence des organes et une légère diminution de leur volume ; dans l'autre cas, au contraire, nous pourrons obtenir de véritables succès en arrêtant dans sa marche la phlegmasie et le processus sclérosant. La perméabilité de l'ostium utérinum sera aussi un important facteur du succès.

Etude clinique du Thigénol

LES MÉDICAMENTS EN PETITE GYNÉCOLOGIE

La gynécologie médicale ne manque pas d'agents thérapeutiques. Ils sont même en si grand nombre que le médecin débutant peut se trouver fort embarrassé pour faire un choix judicieux. Les uns jouissent de propriétés antiseptiques de premier ordre, les autres sont appelés résolutifs, d'autres auraient des vertus analgésiantes manifestes. Mais le véritable médicament, le médicament idéal, devrait avoir à la fois toutes ces propriétés.

Généralement, on se sert en gynécologie courante d'un mélange obtenu par la dissolution dans la glycérine d'un médicament choisi. La glycérine, en effet, grâce à ses propriétés osmotiques, « exerce elle-même sur les sécrétions du col une sorte d'attraction d'où résulte une véritable saignée blanche » (Labadie Lagrave), et d'après Quincieu l'effet des pansements glycérinés est très puissant, il se produit non seulement sur l'ensemble des organes génitaux internes mais aussi sur tous les tissus qui les environnent. (Quincieu, *De la Columnisation du vagin.* Thèse de Lyon, 1895).

Quelles sont donc les substances qu'il convient d'incorporer à la glycérine pour lui donner des vertus antiseptiques et renforcer encore, si possible, ses propriétés résolutives ?

L'*iodoforme* et le *salol* sont très employés, mais ils peuvent causer tous les deux des phénomènes d'intolérance et nous n'avons pas besoin d'insister sur la mauvaise odeur des pansements iodoformés. Du reste l'iodoforme n'est pas un véritable antiseptique et il ne suffit pas à neutraliser les germes. Heyn et Rosving (*Fortschritte der Medicin*, 1887, n° 2, p. 13) ont montré que l'io-

doforme *in vitro* n'est pas germicide et n'est pas même un obstacle au développement des germes. Le salol a une action inférieure à celle de l'iodoforme, de même d'ailleurs que l'*iodol :* « J'ai employé le salol et l'iodol, dit Pozzi, et je les ai trouvés très inférieurs à l'iodoforme ».

Le *dermatol* a été présenté comme un succédané de l'iodoforme. Or les observations de Sackur (*Berl. klin. Wochenctor,* 1891, n° 32, p. 1901) et de Weissmuller *(Berl. klin. Woch.,* 1891, n° 51, p. 1201) démontrent que le dermatol ne saurait suppléer l'iodoforme. De plus, il ne présente aucune action analgésique et résolutive.

L'*aristol* supporte les mêmes critiques.

L'*airol*, préconisé par Legueu et Paul Delbet, est certainement un excellent topique, il est, parmi les succédanés de l'iodoforme, celui qui présente les meilleures vertus cicatrisantes. Il est moins toxique que l'iodoforme, inodore, et n'exerce aucune action irritante sur les tissus. D'après Friedlander « l'airol aurait un pouvoir bactéricide égal, sinon supérieur à celui de l'iodoforme ». Cependant, on se sert plutôt de l'airol pour saupoudrer les ulcérations qu'on ne l'incorpore à la glycérine.

L'ichtyol vanté par un grand nombre de médecins jouirait de propriétés résolutives, analgésiantes et antiseptiques. Cependant cette dernière propriété lui est contestée par Oberth, Eschen, Pée et beaucoup d'autres auteurs. De plus il a une très mauvaise odeur « une odeur très désagréable qui amène à la longue des céphalées de l'anorexie et même des nausées ». *(Labadie Lagrave)* Ce n'est pas tout, l'ichtyol produit des phénomènes d'intolérance car Eschen *(Iktyolets anvendelse i gynœkologien — gynœkolog og obstetriciske meddelelser t. VIII. p. 281)* a signalé trois observations d'érythème généralisé survenus après l'emploi de l'ichtyol.

Le *thiol* a les mêmes propriétés que l'ichtyol moins sa mauvaise odeur. « L'excessive cherté de ce médicament en a empêché la vulgarisation jusqu'à présent. » (Pozzi).

Enfin le *Thigénol* tout récemment entré dans la thérapeutique, paraît être le meilleur médicament pour les pansements gynécologiques. Sa forte teneur en soufre 10 grammes pour 100, 2 grammes de plus que l'ichtyol lui donne des propriétés résolutives, analgésiques, antiseptiques kératoplastiques, très manifestes. Il représente donc le médicament idéal dont nous parlions au début de ce cha-

pitre. Il est inodore comme le thiol et son prix est très minime, ce qui le met à la portée de toutes les bourses; la facilité avec laquelle les taches sur le linge sont enlevées à l'eau pure, le font apprécier de tous les malades.

Ces qualités pratiques, ces propriétés physiologiques, réunies en ce même médicament nous ont amené à l'essayer dans un certain nombre de cas, et nous allons montrer en nous appuyant sur les travaux allemands déjà parus, sur les observations qui nous ont été communiquées et sur les nôtres, quelle est la valeur réelle du Thigénol en petite gynécologie.

Nous diviserons cette étude clinique en deux grands chapitres :

1° Action des pansements thigénolés dans les affections chroniques de petite gynécologie;

2° Action des pansements thigénolés dans les affections subaiguës de petite gynécologie.

Traitement
des affections chroniques de petite gynécologie
par le Thigénol

Nous n'insisterons pas sur les diverses méthodes employées en gynécologie pour les pansements vaginaux. Elles se résument de la façon suivante : Injections antiseptiques très chaudes à 40,45°, cautérisations, scarifications, dilatations du col, drainage de la cavité utérine, massage abdominal suivant les préceptes de Stapfer et de Thure-Brandt. Révulsion hypogastrique ou iliaque suivant les cas. Ces divers moyens de traitement sont d'un usage courant, et enfin, pansements proprement dits, faits avec des tampons de coton hydrophile fortement imprégnés de la solution choisie, ou en versant cette solution elle-même directement sur les organes.

Toutes les observations qui vont suivre ont été prises en se servant du Thigénol en solution glycérinée. Nous allons tout d'abord les citer et nous reviendrons à elles pour en tirer des conclusions cliniques au sujet du Thigénol.

OBSERVATION I

A. Neumann, de Berlin (*Sur l'emploi du Thigénol dans les maladies des femmes.* — Muller, éditeur).

Mlle B..., 25 ans. Fut toujours régulièrement réglée. Il y a deux ans fausse couche au troisième mois. Depuis lors, menstruation très abondante et irrégulière, durant de 8 à 15 jours. Coït douloureux. Faiblesse extrême résultant de la perte de sang.

Etat actuel : Matrice facile à atteindre. Utérus en rétroversion. Le canal cervical laisse suinter un liquide muco purulent dans lequel on ne

trouve pas de gonocoque. Ovaire droit grandi, trompe droite tuméfiée; palpation difficile de l'annexe gauche, sensibilité générale du bassin à la pression, pas de fièvre.

Diagnostic : Catarrhe du col, rétroversion de l'utérus, salpingo-sophorite droite, pelvipéritonite.

Prescriptions : Journellement un tampon de glycérine thigénolée à 15 pour 100. — Traitement à la consultation.

30 mai. Douleur à la pression disparue. Les tampons sont renouvelés toutes les 48 heures.

1er août. Ovaire droit plus petit qu'auparavant. État général bon. La dernière menstruation se fit après une pause de la semaine. Elle dura 5 jours et fut modérée.

OBSERVATION II

A. Neumann (*loc. cit.*)

Mme D..., 22 ans. Règles régulières. 2 parturitions. — Se plaint de douleurs dans la moitié droite du bassin et d'écoulement abondant.

État actuel : Utérus en antéflexion. Par le museau de tanche il s'échappe un liquide muco-purulent, l'ovaire gauche a la grosseur d'un œuf de pigeon et est sensible à la pression.

Diagnostic : Oophorite et périoophorite droite, endométrite.

Traitement : Tampons à la glycérine thigénolée à 15 pour 100, renouvelés journellement. Badigeonnage de la cavité utérine à la teinture d'iode.

Après deux jours de traitement, la sensibilité à la pression a disparu ; elle ne se manifeste plus durant toute la durée de l'observation.

Lorsque la malade sort, après 3 semaines de traitement l'ovaire, est devenu plus petit ; état général bon.

OBSERVATION III

A. Neumann (*loc. cit.*)

Mlle Antonie G..., 20 ans. Eut le typhus à 14 ans; il y a 5 ans, typhlite; il y a 4 ans, péritonite qui l'obligea à un séjour de 4 semaines et demie à l'hôpital. Depuis lors, elle souffre d'une faiblesse de vessie ; souvent il y a incontinence d'urine : la nuit elle doit se lever généralement une à deux fois pour uriner. Écoulement.

État actuel : Ni l'urètre ni la vessie ne présentent de modifications pathologiques. Utérus peu mobile en antéflexion, Derrière l'utérus on

sent de larges exsudats qui s'étendent en s'élargissant vers les parois latérales du bassin.

Diagnostic : Para et périmétrite chronique, dont l'origine ne peut plus être établie avec certitude.

Traitement : Tampons à la glycérine thigénolée à 20 pour 100 renouvelés chaque jour ; de plus irrigations vaginales chaudes plusieurs fois par semaine.

Après un traitement de 8 semaines, les exsudats ont diminué de dimensions et leur consistance est moins dure ; la malade se plaint moins de son incontinence, qui a à peu près disparu. La strangurie, très forte pendant le jour a diminué. La malade se sent beancoup mieux qu'au début du traitement.

OBSERVATION IV

A. Neumann (*loc. cit.*)

Mme E..., 30 ans. Depuis l'âge de 18 ans, faiblement et irrégulièrement réglée ; depuis son mariage à 20 ans, règles régulières toutes les 4 semaines. N'a jamais conçu.

État actuel : derriere l'utérus, tumeur de la grosseur d'un œuf, paraissant en connexion intime avec l'organe ; par le rectum, on peut s'assurer que la tumeur du cul de sac rectovaginal est fortement adhérente à l'utérus et à la paroi vaginale. A droite on sent également une tumeur, un peu plus petite que la tumeur du fond, dont elle est séparée par une fourche. A gauche on ne sent pas de tumeur, pas plus d'ailleurs que d'ovaire.

15 mai : *Laparotomie :* Derrière l'utérus, une épaisse tumeur logée dans des adhérences s'étendant de la matrice à l'intestin et qui se trouve être constituée par l'ovaire gauche en dégénérescence kystique. Les adhérences sont tellement épaisses, qu'elles ne se laissent pas enlever avec le doigt, mais qu'il faut avoir recours aux ciseaux ; de la sorte, la tumeur peut être détachée du cul-de-sac recto-vaginal. L'ovaire droit est, lui aussi, entouré d'épaisses adhérences. En les enlevant, on provoque la rupture de plusieurs kystes folliculaires et la déchirure du tissu de l'ovaire. Cette déchirure est fermée au catgut. Après la guérison de la première lésion, on constate encore au dôme vaginal droit une tumeur dont l'attouchement provoque spontanément de la douleur.

Traitement : Tampons de glycérine thigénolée à 20 pour 100 journellement renouvelés.

Il suffit de peu de jours pour faire disparaître la sensibilité de l'ovaire droit ; après quatre semaines d'application du Thigénol, on ne trouve

presque plus rien dans le cul-de-sac recto-vaginal, l'ovaire droit est devenu sensiblement plus petit.

OBSERVATION V

A. Neumann *(loc. cit.)*

Mme M... B..., 30 ans, mariée depuis sept ans, sans enfants.

Régulièrement réglée toutes les trois semaines, règles souvent douloureuses, précédées de pertes blanches; douleur dans la région hypogastrique droite.

État actuel : Derrière l'utérus repoussé en avant et peu mobile on sent, dans le cul-de-sac, deux tumeurs de la grosseur d'un poing d'enfant, séparées sur la ligne médiane par une fourche ; mais elles ne sont mobiles ni l'une ni l'autre, ni sur les parties environnantes. Toutes deux donnent une certaine sensation de fluctuation. Opérée le 6 avril. Colpotomie antérieure, résection complète de l'annexe gauche pour infiltration purulente La trompe droite qui n'est également qu'une poche de pus est aussi enlevée. L'ovaire droit est dégénéré en petit kyste et il est le centre d'une périoophorite adhésive; il est laissé en place.

26 avril : Guérison.

1er septembre : La malade qui s'était sentie bien portante jusqu'à ce jour vient se plaindre de douleurs dans le bas ventre consécutives à des travaux corporels trop fatigants (nettoyer les parquets, etc...) Elle est fortement déprimée.

L'application d'un seul tampon de glycérine thigénolée à 20 pour 100 suffit à calmer les douleurs, après le troisième tampon, la malade se sent tellement bien qu'elle croit pouvoir interrompre le traitement.....

.....

Ces observations ont le tort d'être un peu succinctes et de ne pas nous renseigner suffisamment sur le mécanisme de l'action thérapeutique du Thigénol. Nous remarquons cependant et d'une manière constante que le Thigénol employé en solution à 20 pour 100 environ dans la glycérine a toujours produit la diminution et la guérison des douleurs. Par là, le Thigénol se présente comme un excellent analgésique. Nous assistons aussi à la diminution du volume des organes enflammés et des exsudats périmétriques. Mais nous ne pouvons dire comment ces résultats sont obtenus. Les observations suivantes vont nous l'apprendre.

Ces observations, nous les devons à la bienveillance de MM. les docteurs Bruyère et Nigoul, qui ont employés le Thigénol dans

leur pratique. Nous citerons aussi trois observations personnelles sur des cas franchement chroniques. Toutes ces observations ont été prises en suivant la même méthode de pansements. Nous allons donc la décrire en l'empruntant au travail du docteur Nigoul, paru dans le numéro 11 du *Concours médical* 1904, p. 136.

« Voici notre façon de procéder. Elle est la même pour toutes ces diverses affections (chroniques), sauf indications particulières :

1° Nous ordonnons à la malade des injections matin et soir de deux litres d'eau bouillie, dans laquelle on mettra, par litre, une cuillerée à soupe d'acide borique. L'injection sera prise dans la position couchée, aussi chaude que possible, en prenant la précaution de placer le bock injecteur très bas, à 0 m. 60 au plus au-dessus du plan horizontal sur lequel se trouve la malade.

2° Nous faisons nous-mêmes le pansement. Nous remplissons d'abord les indications que suggèrent les lésions, telles que cautérisation du col et de sa cavité, révulsion sur les culs-de-sac latéraux du vagin à la teinture d'iode, principalement dans les cas d'annexite. Nous ajoutons le massage de l'utérus à la manière de Stapfer et de Thure Brandt, dans les cas de déviations prononcées et de lésions inflammatoires anciennes, et nous finissons par le pansement proprement dit au Thigénol.

3° Pour cela, nous préparons une fois pour toutes, une solution avec 45 grammes de Thigénol dans 100 grammes de glycérine — j'insiste sur cette dose de 45 grammes pour 100, nous verrons pourquoi tout à l'heure. — Nous trempons dans cette solution un tampon de coton hydrophile, de façon à l'imprégner fortement sur une surface d'un bon tiers environ, et nous portons ce tampon au moyen d'une longue pince à pansement utérin jusque sur le col de l'utérus, entre les deux valves du speculum.

Nous nous assurons que l'agent médicamenteux imprègne bien le col, et, maintenant le tampon en place avec la pince, nous enlevons doucement le speculum. Le pansement est fait.

Préalablement, le tampon a été enserré à sa partie moyenne par un fil solide et suffisamment long. Nous le laissons pendre hors de la vulve, afin qu'on puisse sans difficulté enlever le pansement.

4° La malade doit garder son pansement toute la nuit du même jour ou il a été fait, et ne le retirer que le lendemain pour reprendre ses injections.

5° Nous faisons ces pansements tous les deux jours en moyenne, sauf pendant la période menstruelle où nous restons volontairement inactifs.

Voici maintenant quelques observations que M. le docteur Bruyère a bien voulu nous communiquer, elles nous renseigneront beaucoup mieux que les observations allemandes sur l'action thérapeutique du Thigénol.

OBSERVATION VI

Communiquée par M. le Dr Bruyère

Mme B..., 27 ans, sans profession.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 15 ans sans douleurs et régulièrement depuis.

Mariée à 19 ans. Il y a sept ans, accouchement au huitième mois d'un enfant mort et se présentant par le siège.

Depuis cette époque, souffrances vives dans les reins et le ventre. Leucorrhée abondante. Mauvais état général.

En 1898. Curetage.

Après un an de tranquillité, la malade est reprise par ses violentes douleurs au ventre et aux reins. En même temps, ménorrhagies — quinze jours environ.

En 1900, à Poitiers, second curetage suivi d'amputation du col.

Résultat bon. La malade ne souffrait plus et n'avait pas de pertes.

En décembre 1903, réapparition de la leucorrhée et des douleurs lombaires. Dysménorrhée.

Examen : Utérus gros en rétroversion manifeste, col dur, rugueux, mamelonné. Les deux ovaires sont augmentés de volume, saillants, douloureux. Leucorrhée abondante.

Diagnostic : Métrite chronique avec rétroversion et ovarite double.

Traitement : Injections selon la méthode décrite plus haut. Massage abdominal, et tampons imbibés d'une solution de Thigénol à 45 grammes dans 100 grammes de glycérine. Pansements indolores. Ils produisent un écoulement aqueux très abondant. Au quatrième pansement, les douleurs avaient disparu et au bout de vingt-cinq jours environ, les pertes étaient taries.

A l'examen : Le col a considérablement diminué de volume, il n'est plus mamelonné, la rétroversion est presque réduite. Mais les deux ovaires sont presque aussi saillants bien que indolores. Leurs lésions sont donc très peu améliorées.

OBSERVATION VII

Communiquée par M. le Dr Bruyère

Mme A.... 37 ans, corsetière.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 14 ans avec douleurs, les règles, depuis, sont irrégulières et douloureuses.

Grossesse à 32 ans.

Accouchement normal et à terme.

Suites de couche mauvaises. Hémorragies fréquentes pendant cinq jours. En même temps, la température vespérale atteignait 38°, 38°,5. Au cinquième jour, la malade subit un curetage.

Depuis cette époque, cette femme a toujours eu des pertes blanches et souvent des hémorragies. En même temps, elle souffrait beaucoup au ventre et aux reins. A la suite d'un repos prolongé, son état parut meilleur. Mais tous les symptômes reparurent quelque temps après.

Actuellement, mauvais état général. Troubles gastriques et nerveux. Les règles dernières ont duré douze jours.

Examen : L'utérus augmenté de volume est en rétroflexion, le col est gros, entr'ouvert, sans ulcérations, il laisse échapper des pertes jaunâtres et épaisses. Les annexes sont très douloureuses à gauche.

Diagnostic : Métrite chronique, salpingite gauche chronique et rétroflexion utérine.

Traitement : Injections boriquées suivant le procédé habituel.

Pansements avec une solution de Thigénol à 45 pour 100, 21 décembre 1903.

Ce premier pansement a causé un très fort écoulement aqueux. Les deuxième et troisième pansements ont encore accentué cette décongestion et le 29 décembre, les douleurs sont déjà beaucoup moins fortes. Massage de l'utérus.

Les règles sont attendues pour le 7 ou 8 janvier. Nous ordonnons quinze gouttes deux fois par jour de teinture d'hydrastis et nous continuons les pansements. Les douleurs ont complètement disparu et la leucorrhée est très atténuée, 7 janvier.

A ce moment, la malade doit prendre quinze gouttes d'hydrastis trois fois par jour et nous arrêtons les pansements. Les règles qui, d'habitude, duraient de dix à quinze jours, ont duré six jours, et l'écoulement sanguin n'a pas été considérable. A la suite des règles, nous continuons les pansements. Ces pansements ont déterminé un très considérable écoulement aqueux, l'utérus ayant été congestionné à nouveau par la période menstruelle.

Le 22 janvier, il n'y avait pour ainsi dire plus de leucorrhée.

A l'examen : L'utérus est très diminué de volume, le col est moins gros, sans leucorrhée, la rétroflexion est beaucoup moins prononcée. Mais si les annexes gauches sont indolores au toucher, elles n'ont guère diminué de volume et ne sont pas guéries.

OBSERVATION VIII

Communiquée par M. le Dr Bruyère

Mme P..., couturière, 38 ans.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 15 ans, normalement et toujours bien réglée.

Mariée à 20 ans.

Pas de grossesse à terme. Mais la malade a fait une fausse couche à 24 ans. Dès ce moment, elle commença à souffrir au ventre et aux reins, puis survinrent des hémorragies en dehors des périodes menstruelles et pendant ces mêmes périodes. Sous l'influence d'un traitement (Hamamelis sans doute) et injections astringentes, la malade a vu diminuer, dans de notables proportions, ses hémorragies. Mais la leucorrhée est abondante et la douleur à l'hypogastre et aux lombes est par moments très violente.

Hystérectomie vaginale totale à l'hôpital. Un mois et demi après, la malade quitte l'hôpital guérie. Mais au bout de deux mois environ, il y a à nouveau une leucorrhée jaunâtre et maintenant sentant très mauvais.

Examen : Le vagin est libre, à la place qu'avait occupée l'utérus on voit des cicatrices irrégulières. Ces cicatrices sont rouges enflammées, il y a des pertes absolument fétides.

Diagnostic : Pertes fétides.

Traitement : Injections boriquées suivant le procédé habituel et pansements avec des tampons trempés dans une solution de Thigénol à 45 pour 100 de glycérine.

15 décembre 1903 : Le premier pansement a donné lieu à quelques brûlures dans le fond du vagin. Mais il amena déjà une assez sensible diminution des pertes. Au second pansement les pertes parurent sentir moins mauvais.

Au bout de huit pansements l'odeur n'existait plus du tout et les pertes étaient taries.

A l'examen : Le fond du vagin est détergé. Les cicatrices ne sont plus enflammées. Il n'y a plus de pertes ni de mauvaise odeur. 4 janvier 1904.

OBSERVATION IX

Communiquée par M. le Dr Bruyère.

Mme C..., 40 ans, sans profession.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 15 ans et demi, avec douleurs. Les règles sont abondantes, ne durent que 3 jours et sont surtout douloureuses le premier jour.

Mariée à 23 ans.

Accouchement à terme dans de bonnes conditions.

4 fausses couches.

Il y a 10 ans, à la suite d'une de ces fausses couches, la malade a commencé à avoir des pertes blanches et à souffrir dans le ventre et les reins.

Depuis 2 à 3 ans elle a des pertes jaunes très abondantes et les douleurs, surtout lombaires, ont augmenté d'acuité.

Il y a un an, elle subit à l'hôpital Cochin un curetage suivi d'amputation du col.

Mauvais résultats. Aggravation des symptômes dès le deuxième mois qui suit l'opération.

Examen : Pertes jaunâtres très abondantes. Utérus volumineux. Le moignon cervical, très dur, est formé d'un tissu cicatriciel enflammé et très douloureux. Les annexes sont libres des deux côtés.

Diagnostic : Métrite chronique avec moignon cervical présentant un tissu cicatriciel très douloureux,

Traitement : Injections boriquées comme d'habitude. Pansements avec une solution de Thigénol à 45 pour 100.

7 décembre 1903 : Le tampon, malgré la pression qu'il exerce sur le tissu douloureux, n'y détermine, au bout d'un instant, aucune souffrance. Très abondant écoulement aqueux. Au sixième pansement, les douleurs lombaires et utérines étaient fortement améliorees, les pertes diminuaient d'abondance.

Le 28 décembre 1003, les souffrances n'existaient plus du tout, et la leucorrhée était à peu près tarie.

Nous n'avons plus revu cette femme.

A l'examen pratiqué le 28 décembre, l'utérus était moins volumineux, les cicatrices cervicales beaucoup moins enflammées, et les pertes étaient insignifiantes. La malade était presque guérie et ne souffrait nullement.

OBSERVATION X

Communiquée par M. le Dr Bruyère.

Mme M..., 28 ans, repasseuse.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 14 ans, avec douleurs, et depuis toujours régulièrement, mais avec souffrances.

Mariée à 24 ans.

Il y a deux ans et demi, accouchement normal à terme.

Pas de fausses couches. Le mariage a fait disparaître la dysménorrhée.

En juin 1903, réapparition des règles et de la dysménorrhée. Abondante leucorrhée, douleurs hypogastriques lombaires et dans les fosses iliaques.

En septembre, elle va à Tenon, et on lui conseille l'ovariotomie double. Elle préfère attendre.

Examen : Utérus gros, en antéversion accusée, avec en même temps légère antéflexion, col dur, gros, d'où sortent des pertes blanches. Les annexes des deux côtés sont volumineuses et fort douloureuses.

Diagnostic : Métrite chronique, antéversion, salpingite double chronique.

Traitement : Injections boriquées suivant le procédé habituel. Massage.

24 décembre. Pansements avec des tampons thigénolés à 45 pour 100. Pansements indolores. Excessif écoulement ; dès le deuxième pansement cet écoulement diminue d'intensité, pour reprendre d'ailleurs avec autant d'abondance avec le 4e pansement. A ce moment, les douleurs sont très atténuées. et disparaissent au bout de 10 jours.

15 janvier 1904. Les pertes sont plus fluides, moins abondantes.

25 janvier. Disparition complète des pertes leucorrhéiques.

Examen : L'utérus a maintenant un volume presque normal, il n'y a pas trace de leucorrhée, l'antéversion est réduite, mais les annexes des deux côtés ont gardé leur volume exagéré, mais sont totalement indolores.

OBSERVATION XI

Communiquée par M. le Dr Bruyère.

Mme B..., 38 ans, repasseuse.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 14 ans, normalement. Les règles sont régulières mais abondantes et durent de 6 à 7 jours.

Pas de grossesse à terme.

Mais trois fausses couches entre 27 et 29 ans ; à la suite de la première fausse couche la malade souffrit beaucoup dans le ventre, il y avait aussi une forte leucorrhée.

Les deux autres fausses couches ont augmenté le mauvais état des organes génitaux et la malade est obligée de s'aliter pendant 20 jours. A la suite de ce repos, pendant lequel la malade avait pris des injections très chaudes et avait tenu des compresses chaudes et laudanisées sur l'abdomen, il y eut une amélioration sensible.

Deux mois après, les mêmes symptômes apparurent, douleurs violentes à l'hypogastre, aux lombes, pertes jaunâtres très abondantes.

Curetage à l'hôpital Saint-Antoine et amputation du col (1898).

Pendant un mois environ, grande amélioration, mais après ce laps de temps les douleurs et la leucorrhée recommencèrent comme par le passé.

Mauvais état général, état nerveux, névralgies habituelles.

Examen : Utérus très volumineux, le moignon cervical est le siège de cicatrices très douloureuses. Leucorrhée jaunâtre filante. La trompe gauche est très volumineuse, saillante dans le cul de sac postéro-latéral. Elle est aussi très douloureuse.

Diagnostic : Métrite chronique du corps avec cicatrices douloureuses du moignon cervical et salpingite chronique gauche.

Traitement : Injections boriquées suivant notre procédé habituel. Pansements avec des tampons trempés dans une solution de Thigénol à 45 pour 100 de glycérine (11 décembre 1904). Pansement parfaitement indolore malgré l'irritabilité des cicatrices sur lesquelles il est appliqué. Ecoulement aqueux des plus abondants hors des organes génitaux.

Au troisième pansement, les douleurs utérines et lombaires sont fort atténuées. Le moignon cervical n'est presque plus douloureux au toucher.

Au huitième pansement, toujours suivi d'un écoulement très notable, les pertes ont à peu près disparu et le 11 janvier, la métrite paraissait guérie.

Dans l'intervalle, la période menstruelle avait été à peu près normale.

Examen : Corps utérin très diminué de volume. Le moignon cervical est un peu moins dur et tout à fait indolore. Pas de leucorrhée. Mais la trompe gauche, quoique indolore, est toujours presque aussi saillante dans le cul-de-sac latéral.

OBSERVATION XII

Communiquée par M. le Dr Bruyère.

Mme C..., couturière, 28 ans.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 12 ans, normalement et sans douleurs, toujours bien réglée depuis.

Mariée à 22 ans.

N'a jamais eu de couches ni de fausses couches.

Un an après son mariage, la malade a commencé à souffrir dans le ventre. C'était des douleurs lancinantes dans les régions hypogastriques et la fosse iliaque gauche avec irradiations sur le membre du même côté. Elle avait aussi des pertes jaunes, verdâtres, puis survinrent des douleurs lombaires.

Elle va à l'hôpital Lariboisière en 1899. On lui fit des pointes de feu sur le col utérin. Ce traitement ne produisit pas de résultats.

Les souffrances augmentant au contraire, la malade va à la fin de 1899 à l'hôpital Tenon. Elle y subit un curetage avec amputation du col.

A la suite de cette intervention elle souffrait beaucoup plus qu'auparavant et voyait ses pertes augmenter notablement.

Elle va à l'hôpital Cochin (1900), elle y subit l'ablation des annexes gauches et reste deux mois au lit. Aucune amélioration.

Elle souffre toujours au ventre, et depuis la dernière opération les douleurs lombaires sont devenues continuelles et très violentes. Elle souffre beaucoup en urinant, ce dont elle ne s'était jamais plainte auparavant.

Depuis 1902 elle est sujette à des ménorrhagies. Les règles durent quinze jours. Mauvais état général. Anémie profonde.

Examen : Utérus très gros, en antéversion prononcée. Les annexes droites sont très douloureuses et augmentées de volume. L'utérus est sillonné par des cicatrices dues à l'amputation du col. Il y a une leucorrhée abondante.

Diagnostic : Métrite chronique avec antéversion utérine et salpingo-ovarite droite chronique.

Traitement : En plus des injections habituelles boriquées nous faisons un léger massage abdominal, et nous mettons des tampons thigénolés à 45 pour 100. (21 décembre 1903).

Ces pansements ne causent aucune douleur. Écoulement considérable au point d'en incommoder la malade. Dès le 3e pansement, toujours indolore, les douleurs lombaires avaient presque disparu et après un mois environ de traitement les pertes n'existaient plus. Les ménorhagies ont été arrêtées et le mois suivant les règles ont été normales 5 jours.

A l'examen : Nous constatons que l'utérus a diminué de volume, il est beaucoup moins dur. L'antéversion est à peu près réduite. Il suffira de quelques nouveaux massages pour la guérir tout à fait. Pas la moindre trace de leucorrhée.

Les annexes droites sont indolores, mais ont très peu diminué de volume.

Donc guérison de la métrite de l'antéversion, mais persistance de l'annexite.

OBSERVATION XIII

Communiquée par M. le docteur Bruyère

Madame L..., 37 ans. Ménagère.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 14 ans, sans douleurs, et toujours bien réglée depuis.

Mariée à 19 ans.

Quelques mois après son mariage elle commença à souffrir du ventre. Depuis cette époque, les douleurs ont toujours existé avec intervalles d'amélioration apparente.

A 20 ans, apparition d'une leucorrhée abondante. Les douleurs hypogastriques augmentent d'intensité, il s'y joint des douleurs lombaires surtout accusées la nuit.

Cet état maladif dure plusieurs années avec des rémissions dues au repos et à des injections boriquées soigneusement faites.

En novembre 1903, douleurs vives dans les fosses iliaques des deux côtés, mais particulièrement à droite. L'appétit se perd, les forces diminuent. État nerveux prononcé.

Examen : 4 janvier 1904. Utérus volumineux en antéversion. Col gros, ulcérations rouges. A droite, on constate un ovaire gros et douloureux, la trompe du même côté est douloureuse, la leucorrhée est abondante. A gauche, annexes peu sensibles.

Diagnostic : Métrite parenchymateuse chronique avec ulcérations du col. Antéversion. Salpingoovarite droite.

Traitement : Injections boriquées comme d'habitude (4 janvier) et pansements thigénolés à 45 pour 100. Ces pansements sont indolores; ils déterminent un fort écoulement au point d'en inquiéter la malade.

Dès le 20e pansement, les douleurs étaient moins vives. Nous pratiquons un massage léger pour réduire l'antéversion.

Au 4e pansement, les douleurs lombaires avaient disparu.

24 janvier. Les douleurs ont disparu depuis une huitaine de jours, les pertes sont très atténuées.

26 janvier. Époque menstruelle normale.

14 février. Guérison presque complète de la leucorrhée.

Examen : Utérus très diminué de volume. Col presque normal, il garde ses ulcérations, quoique améliorées; pas de leucorrhée. Mais l'ovaire droit est encore saillant bien qu'indolore au toucher.

Nous allons citer maintenant trois autres observations publiées dans le *Concours Médical, nº 11-1904* et pour lesquelles M. le docteur Nigoul a bien voulu nous donner quelques explications.

OBSERVATION XIV

Du docteur Nigoul (*Concours Médical* 1904, nº 11)

Jeanne..., 22 ans, couturière.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 12 ans normalement. Toujours bien réglée depuis.

A 20 ans, fausse couche.

Dès ce moment, ménorrhagies abondantes. Curetage en 1903. Depuis cette époque, douleurs épigastriques et surtout lombaires, leucorrhée abondante. Ménorrhagies profuses. Les règles durent 12 à 15 jours.

Anémie. Mauvais état général.

Examen : Utérus volumineux, en rétroversion. Col gros, rouge, présente une large ulcération. Leucorrhée épaisse filante. Annexes normales.

Diagnostic : Il s'agit d'une métrite parenchymateuse chronique avec rétroversion et ulcération du col.

Traitement : Injections boriquées suivant la méthode décrite.

14 décembre 1903. Massage de l'utérus, scarifications du col, recouvertes de gaze iodoformée et pansement avec une solution de Thigénol à 45 pour 100.

Pansement indolore, il produit un écoulement aqueux très considérable. Les deuxième et troisième pansements ne déterminèrent pas un écoulement semblable. Mais les quatrième et cinquième produisirent une véritable décharge aqueuse.

29 décembre. Il y a sédation presque absolue des souffrances et diminution de la leucorrhée.

3 janvier 1904. Les règles ont apparu, elles durent 5 jours; écoulement abondant mais moins fort qu'à l'ordinaire.

16 janvier. La leucorrhée n'existe pour ainsi dire plus.

A l'examen : Utérus à peu près normal. Col beaucoup moins rouge. Mais la vaste ulcération, améliorée, n'est pas guérie. Pas de leucorrhée. Rétroversion réduite.

OBSERVATION XV

Du docteur Nigoul (*loc. cit.*)

Marie..., 27 ans, ménagère.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 15 ans avec douleurs; dysménorrhée habituelle.

A 20 ans, accouchement normal.

A 22 ans, fausse couche d'un mois et demi environ.

A la suite de cet accident la malade a commencé à souffrir à l'hypogastre, aux aines et surtout aux lombes.

Puis une leucorrhée jaunâtre fit son apparition.

Depuis 2 ans, les souffrances ont considérablement augmenté, elles occupent les deux fosses iliaques et les reins. Les pertes sont plus abondantes. L'état général est défectueux. Anémie.

Examen : Utérus très volumineux en rétroversion. Cette déviation est irréductible adhérente au rectum, l'utérus n'est pas mobilisable. Le col épaissi porte les traces d'une déchirure à gauche. Il y a une forte leucorrhée jaunâtre. Rien aux annexes.

Diagnostic : Métrite parenchymateuse et rétroversion utérine irréductible.

Traitement : Injections boriquées suivant la méthode ordinaire. Massage de l'utérus. Pansements au Thigénol, solution à 45 pour 100. Pansement indolore. Nous ordonnons ensuite une mouche de Milan sur chaque côté de l'abdomen *loco dolenti*, 8 janvier 1904.

Écoulement excessivement abondant d'apparence aqueuse et dès le premier pansement.

Au troisième pansement l'utérus commençait à être mobilisable par le massage, la malade n'éprouvant plus autant de souffrances ; au cinquième pansement il y avait cédation absolue des douleurs, l'utérus était plus facilement redressable.

Le 5 février, les pertes n'existaient plus et la rétroversion était presque tout à fait réduite.

A l'examen : Utérus très réduit comme volume, position à peu près normale. Absence de leucorrhée.

OBSERVATION XVI

DU DOCTEUR NIGOUL (*loc. cit.*)

Marguerite..., 49 ans, ménagère.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 12 ans 1/2 normalement. Toujours bien réglée.

Mariée à 23 ans (1877), trois accouchements normaux. A 41 ans, douleurs violentes à l'hypogastre et surtout aux lombes. Leucorrhée.

Ménopause à 43 ans. Les pertes sont devenues jaunâtres et très fétides, en même temps que les douleurs augmentaient de violence. Pendant 6 ans elle prit des injections au permanganate de potasse à 1 millième pour

essayer d'atténuer cette odeur infecte. Sous l'influence du traitement les pertes diminuaient pour reprendre quelque temps après, mais leur odeur loin de s'atténuer paraissait augmenter dans les derniers temps.

Examen : Utérus encore gros et légèrement ulcéré. Annexes indemnes des deux côtés, mais leucorrhée très abondante jaunâtre et extrêmement fétide.

Diagnostic : Métrite parenchymateuse chronique avec leucorrhée fétide et légères ulcérations du col.

Traitement : Injections au permanganate. Cautérisation du col à la teinture d'iode et pansement avec une solution de Thigénol à 45 pour 100. 14 décembre 1903.

L'écoulement qui a succédé aux premiers pansements a été considérable. Cette femme nous dit qu'elle en avait été humectée dans tous ses vêtements.

Elle rapporte qu'au deuxième pansement déjà ses douleurs ont diminué.

Au sixième pansement les douleurs avaient totalement disparu. Les pertes très atténuées n'avaient plus aucune odeur le 8 janvier 1904.

A l'examen : Utérus diminué de volume. Ulcérations moins rouges, améliorées. On constate encore une légère leucorrhée mais sans aucune odeur.

Nous citerons enfin trois observations personnelles portant aussi sur des affections chroniques de l'utérus et des annexes.

OBSERVATION XVII

(Personnelle)

Louise B..., 25 ans.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 13 ans 1/2 ; depuis cette époque les règles ont toujours apparu normalement et sans douleur.

A l'âge de 19 ans, fausse couche de deux mois environ. Depuis, pas de nouvelle grossesse.

C'est à la suite de cette fausse couche que la malade commence à ressentir des douleurs accompagnées de pertes jaunâtres. Les douleurs devenaient intolérables au moment des époques menstruelles.

Examen : Utérus augmenté de volume, col gros et induré ; leucorrhée abondante. La trompe droite est douloureuse à la pression.

Diagnostic : Métrite parenchymateuse chronique et salpingite droite chronique.

Traitement : Chaque jour injection très chaude d'eau boriquée puis pansement avec un tampon de ouate hydrophile trempée dans la solution

Thigénol.....	45 gr.
Glycérine.....	100 gr.

Ces pansements sont parfaitement indolores et la malade n'accuse aucune sensation de brûlure ou même de picotement. Écoulement abondant d'apparence séreuse ou aqueuse.

Après le quatrième pansement fait toujours de la même façon, la malade nous dit qu'elle souffre beaucoup moins et constate que son écoulement leucorrhéïque diminue beaucoup.

Aux pansements suivants l'amélioration continue et un mois de traitement a suffi pour amener la presque disparition des pertes, et la cessation absolue des douleurs.

A l'examen : l'utérus a diminué de volume, le col est décongestionné. Seule la trompe droite est volumineuse, mais n'est plus douloureuse.

OBSERVATION XVIII

(Personnelle)

Marie C..., 32 ans.

Antécédents gynécologiques : Réglée normalement depuis l'âge de 15 ans. Grossesse à 22 ans, l'accouchement nécessite une application de forceps. La malade eut de la fièvre et la convalescence fut longue : trois mois environ.

Elle souffre depuis cette époque dans les régions lombaire et hypogastrique et présente une leucorrhée qui sous l'influence de la fatigue devient très abondante.

Menstruation très irrégulière. Ménorrhagies traitées depuis longtemps par des injections chaudes de permanganate de potasse à 1 millième sans résultat. État nerveux développé et anémie.

Examen : Utérus gros, col ulcéré, les annexes du côté droit sont volumineuses et douloureuses, à gauche elles sont légèrement sensibles.

Diagnostic : Métrite parenchymateuse chronique, ulcérations du col. Salpingo ovarite chronique à droite.

Traitement : Injections boriquées très chaudes, tampons de coton hydrophile imbibés de Thigénol en solution à 45 pour 100.

Au sixième pansement la malade éprouve un réel soulagement : douleurs et leucorrhée ont diminué, les pansements ont été indolores et déterminaient un écoulement aqueux fort abondant.

Survient à ce moment une légère métrorrhagie qui dure trois jours, pendant lesquels on suspend le traitement.

Après cet accident, reprise du traitement avec les pansements thigénolés et pendant 15 jours. Résultats très satisfaisants.

De nouveau une hémorragie apparaît qui dure sept jours, mais, fait remarquable, elle est beaucoup moins abondante que les précédentes.

Nous continuons le traitement pendant deux semaines. La malade ne souffre plus, l'écoulement leucorrhéique a disparu.

Examen : Utérus décongestionné moins volumineux. Les ulcérations du col améliorées ne sont pas guéries, les annexes droites sont indolores mais restent volumineuses.

La malade se livre à ses occupations sans que l'écoulement reparaisse et les douleurs sont par moment à peine perceptibles.

OBSERVATION XIX

(Personnelle)

Amélie R..., 30 ans.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 14 ans toujours normalement.

Grossesse à 22 ans, accouchement à terme dans de bonnes conditions.

Quelque temps après, elle éprouve une sensation de pesanteur dans la région hypogastrique, la douleur s'accentue et s'accompagne d'une leucorrhée peu abondante.

Depuis deux ans, la leucorrhée est devenue très forte.

Pas de nouvelle grossesse.

La malade prend plusieurs fois par semaine des injections d'eau boriquée chaude.

Examen : Utérus très gros, en antéversion. Les annexes sont saines des deux côtés.

Diagnostic : Métrite parenchymateuse chronique, antéversion de l'utérus.

Traitement : Injections d'eau boriquée très chaude et pansements au Thigénol à 45 pour 100. Pas de douleur à l'application des pansements. Massage abdominal.

Après le troisième pansement, il y a diminution sensible des douleurs et, sous l'influence de l'excessive décongestion causée par le Thigénol, les pertes diminuent sensiblement.

Nous continuons cinq pansements en les espaçant de trois jours en trois jours.

Un mois et demi après le début du traitement nous examinons la malade, l'utérus est d'un volume normal, l'antéversion est beaucoup

moins accusée. Plus de leucorrhée. Les douleurs ont totalement disparu depuis plus de quinze jours.

Il faudrait continuer encore quelques séances de massage pour réduire définitivement l'antéversion. Mais la malade se trouvant guérie n'a pas reparu à la consultation.

A la lecture de ces observations, une remarque s'impose. Pourquoi employer des doses aussi élevées de Thigénol, 45 pour 100? MM. les docteurs Bruyère et Nigoul avaient suivi dans les débuts de leur expérimentation les indications allemandes, et avaient employé des doses de 15 et 20 pour 100. Or, dans les cas chroniques ils n'obtenaient pas de résultats plus marqués que s'ils avaient employé la glycérine ordinaire ou la glycérine dermatolée et ichtyolée. Confiants sur la non-toxicité du Thigénol, ils sont arrivés peu à peu à élever leurs doses et à s'arrêter à une solution voisine de 50 pour 100. Leurs résultats sont plus rapides, plus précis et plus complets que ne le sont les résultats allemands.

Sur leur conseil, nous avons employé nous-mêmes la dose de 45 pour 100 et nous en avons été fort satisfaits. Nous avons, du reste, deux observations commencées avec une dose de 15 et 20 pour 100 et que nous avons dû finir avec la dose de 45 pour 100. Immédiatement les résultats ont été plus précis.

Ce qu'il faut retenir aussi, c'est que dans toutes les observations le Thigénol a produit constamment la cédation rapide des douleurs quelles qu'elles soient et la modification des pertes; souvent même il a pu les arrêter complètement. Nous ferons en outre remarquer que si les métrites chroniques sont en général très améliorées et parfois complètement guéries, il n'en est pas de même des ulcérations profondes du col et des annexites chroniques.

Nous renvoyons l'explication de ces différentes actions thérapeutiques du Thigénol au chapitre : Mode d'action du Thigénol.

Traitement

des affections subaiguës de petite gynécologie

par le Thigénol

Flatau de Nuremberg, Merkel, Neumann, de Berlin, ont employé le Thigénol dans un grand nombre d'affections subaiguës en petite gynécologie. Leurs résultats sont supérieurs à ceux que la thérapeutique médicale peut obtenir sur les lésions invétérées chroniques. MM. les docteurs Bruyère, Le Fur et Nigoul ont aussi un grand nombre d'observations tout à fait encourageantes. Nous en citerons d'ailleurs quelques-unes.

Mais d'abord, faut-il ou ne faut-il pas traiter par les pansements les lésions subaiguës de l'utérus et des annexes ? Et si nous posons cette question, c'est qu'elle revêt une certaine importance en raison du désaccord qu'elle suscite.

Les avis sont partagés. Pour certains gynécologues, il faut attendre la chronicité, il faut laisser éteindre complètement la phlymasie, dans la crainte de voir survenir des poussées aiguës et des phénomènes peritonéaux.

D'autres auteurs et c'est le plus grand nombre, traitent les affections subaiguës aussi bien et avec plus de confiance que s'il s'agissait de lésions chroniques anciennes, avec cette restriction cependant qu'en aucun cas ils ne cherchent à mobiliser l'utérus et à évacuer les trompes par le massage immédiatement. Ils attendent dix à quinze jours environ, pendant lesquels les pansements seuls agissent et décongestionnent les organes. De cette façon, ils se mettent à l'abri des recrudescences inflammatoires.

D'après Stapfer, le massage gynécologique libère les organes, y régularise le cours du sang, en assure la nutrition, modifie

leurs sécrétions et favorise la répression des produits morbides *d'autant plus vite qu'ils sont plus récents*. La kinesithérapie gynécologique est indiquée aussi comme traitement palliatif de ces affections chroniques et subaiguës, même lorsqu'elles sont incurables.... Enfin, lorsque l'intervention chirurgicale est nécessaire, elle lui crée des conditions favorables, elle pallie les difficultés opératoires par la libération relative ou complète des organes et atténue leur danger par le relèvement de l'état général.

Il est évident qu'en agissant par le traitement médical sur des lésions subaiguës ou sur des lésions pas encore arrivées au stade définitif de sclérose, le médecin les modifiera d'une manière autrement sensible, que s'il s'attache à réduire en dépit de leur ténacité des affections de vieille date.

Il nous suffira d'ailleurs, pour nous en convaincre, de lire les observations suivantes que nous avons prises dans le travail de Neumann déjà cité, et celles que nous devons à la bienveillance de M. le docteur Le Fur.

Nous diviserons l'étude de ces observations en deux parties bien distinctes. Dans la première, nous citerons des affections subaiguës dans lesquelles l'affection gonococcique n'a pu être retrouvée ou démontrée scientifiquement.

Dans la deuxième partie, il sera question d'observations ayant trait à des cas subaigus de petite gynécologie, mais d'origine franchement gonococcique et de cette manière, nous pourrons étudier de très près l'action antiseptique du Thigénol.

1° Affections subaiguës non gonococciques

OBSERVATION XX

de A. Neumann (*Sur l'emploi du Thigénol dans les maladies des femmes.* — Muller, éditeur, 1903).

Mme F..., 26 ans.

Antécédents gynécologiques : Jeune fille elle souffrait de dysménorrhée. Celle-ci disparut après la première grossesse. Le second enfant est né il y a deux ans et demie. En janvier dernier elle devint enceinte de nouveau ;

mais à la suite d'un accident qui lui survint dans la rue, au milieu de mars, elle ne cesse d'éprouver la sensation que le fœtus était mort. Cependant elle continua à le porter durant deux mois, puis une hémorragie s'étant produite elle alla consulter une sage-femme, dans la maison de laquelle elle avorta.

Deux jours eprés sensation de de chaleur et violentes douleurs dans la région hypogastrique gauche. Depuis lors, elle se sent malade, maigrit et souffre de diarrhées.

État actuel : 26 mai : Femme amaigrie. Température 39°,5. Pouls 120-130. Dans la région hypogastrique gauche, on sent une tumeur à contour irrégulier, prenant naissance à la branche horizontale de l'angle du pubis, à laquelle elle paraît intimement liée, et montant jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Vers la droite, la tumeur dépasse légèrement la symphyse. Au palper vaginal on découvre : septum tendu, limites de la matrice indécises, ses contours se perdant dans une tumeur remplissant de part et d'autre le dôme vaginal, mais principalement à gauche. La portion vaginale présentant de nombreuses crevasses est perceptible tout au fond et en arrière. Orifice utérin externe au niveau du dôme; de son bord gauche s'étend un cordon dur vers la paroi du bassin; les parties situées plus haut, sont fortement infiltrées et donnent au palper bimanuel, la sensation d'une tumeur grosse de deux poings, extraordinairement dure, bosselée et couverte de cordons à sa surface.

Diagnostic : Paramétrite gauche subaiguë consécutive à un avortement.

Traitement : Repos au lit. Opiacés. Compresses froides. Tampons de glycérine thigénolée à 20 pour 100 renouvelés chaque jour.

10 juin. Température normale. Plus de diarrhée. La malade quitte le lit pour vaquer aux soins de son ménage.

Pendant quatre semaines, elle s'en tient exclusivement à l'emploi des tampons de Thigénol, l'épanchement a sensiblement diminué.

8 juillet. A partir d'aujourd'hui, douches chaudes à 30° C. deux fois par semaine. On continue les tampons.

5 août. L'épanchement a encore diminué. Pour certaines raisons, il convient de supprimer les douches, la médication se borne aux tampons de Thigénol.

1er septembre. L'épanchement se réduit à un cordon gros d'un centimètre à peu près du côté utérin et s'élargissant vers le bassin jusqu'à atteindre le double de sa grosseur initiale.

Et Neumann ajoute : « Dans ce dernier cas, on a donc pu obtenir en un laps de temps relativement court, et en employant pour ainsi dire comme unique remède la glycérine thigénolée, une amélioration subjective très appréciable et une résorption notable d'un volumineux épanche

ment : il serait difficile dans ces conditions de nier l'influence heureuse exercée par le Thigénol sur le cours de la maladie ».

OBSERVATION XXI

De Neumann *(loc. cit.)*

Mme K..., 35 ans.

Toujours régulièrement réglée. Sept accouchements. Il y a trois mois, avortement au troisième mois; quelques jours après seulement, elle perdit l'arrière faix, depuis lors, lassitude, douleurs à la miction et sensation de perdre quelque chose par les organes génitaux.

État actuel : 1er juin 1903. Femme maigre. Chute de la paroi antérieure du vagin. Utérus en antéflexion, annexe gauche normale, ovaire droit tuméfié, fortement sensible à la pression.

Diagnostic : Oophorite et périoophorite droite subaiguë.

Traitement : Tampons à la glycérine thigénolée à 10 pour 100, renouvelés tous les jours. La sensibilité de l'ovaire à la pression disparut rapidement et l'état général s'améliora en conséquence.

Après quinze jours de traitement au Thigénol, l'ovaire droit est devenu plus petit. Quinze jours plus tard, la malade fut considérée comme guérie et renvoyée après qu'on lui eut appliqué un pessaire de Hodge.

OBSERVATION XXII

De Neumann *(loc. cit.)*

Mme P..., 31 ans.

Cinq enfants; depuis la naissance du plus jeune (il y a six mois), elle se sent malade, éprouve des douleurs vagues, surtout dans l'abdomen.

État actuel : 4 juin 1903. Utérus en dextroversion; au dôme vaginal droit, on perçoit un cordon s'étendant de la portion vaginale vers le bas jusqu'à la partie postérieure de la paroi du bassin.

Diagnostic : Paramétrite droite subaiguë.

Traitement : Tampons à la glycérine thigénolée renouvelés journellement.

1er juillet 1903. La malade se sent bien, le cordon paramétritique a sensiblement diminué.

OBSERVATION XXIII

De Neumann *(loc. cit.)*

Mme L..., 37 ans.

A toujours été bien portante jusqu'à il y a trois mois. Il se manifesta alors des douleurs dans le bas ventre que la malade décrit comme se propageant de bas en haut jusqu'à la paroi costale gauche et l'estomac. Appétit nul.

État actuel : Femme épuisée, parois abdominales relâchées,chute de la paroi vaginale antérieure. Utérus petit, dur, col très court; à gauche déchirure du col se prolongeant jusqu'au dôme; à partir de là un cordon dur s'étend de la matrice jusqu'à la paroi gauche du bassin. En pressant ce cordon, il se produit des douleurs s'irradiant vers la région gastrique.

Diagnostic : Paramétrite gauche subaiguë.

Traitement : Tampons de glycérine thigénolée à 20 pour 100 renouvelés chaque jour.

Après 15 jours de traitement les douleurs ont complètement disparu. On constate une diminution de la gangue paramétritique.

OBSERVATION XXIV

De Neumann *(loc. cit.)*

Mlle B... 24 ans. Il y a 2 ans accouchement normal. Dernières règles il y a 4 mois. Par suite de travaux corporels exagérés il y eut une fausse couche il y a 2 mois. Tout se passa bien : la malade garda le lit pendant 3 jours et reprit son travail 8 jours plus tard. L'hémorragie qui avait duré 8 jours s'arrêta pendant quinze jours pour reprendre ensuite et ne plus disparaître jusqu'à ce jour; parfois elle était si abondante qu'il fallait l'intervention d'un médecin : on mit des tampons dans le vagin et l'on injecta dans la cavité utérine une solution de perchlorure de fer. Au dire du médecin, il n'y eut jamais de fièvre. La malade assure avoir souvent eu des frissons et éprouvé de la soif.

Etat actuel : Personne épuisée au plus haut degré. Peau et muqueuses pâles. Pouls 88, fortement compressible. Corps flasque sans points douloureux. A l'examen interne, l'utérus ne peut être nettement délimité étant enclavé de côté et par derrière dans les masses inflammatoires.

Diagnostic : Paramétrite gauche et droite subaiguë.

Prescription : Repos au lit, tampon de glycérine thigénolée à 15 pour 100, renouvelé journellement, badigeonnage du bas ventre à la teinture d'iode,

ovules à l'opium pendant la nuit, tampon dans la cavité utérine; lorsque celui-ci est enlevé après 24 heures, l'hémorragie cesse pour ne plus se reproduire.

Après 4 semaines de traitement, l'épanchement a notablement diminué. L état général est excellent.

OBSERVATION XXV

De Neumann *(loc. cit.)*

Mme B... 22 ans. Se plaint de pesanteur dans le bassin et de douleurs à chaque mouvement du bas ventre et dans la position assise. Un enfant d'un an.

État actuel : Rétroflexion de l'utérus; derrière l'utérus, dans le cul de sac recto-vaginal on sent une tumeur ronde, de la grosseur d'un œuf de poule, mobile, semblant être constituée par l'ovaire droit. A gauche à l'endroit normal se trouve l'ovaire gauche également un peu tuméfié.

26 avril. Hystérospexie vaginale et extirpation de l'ovaire droit en dégénérescence kystique très prononcée. Guérison par première intention.

1er septembre. La malade bien portante jusqu'à ce jour se plaint de douleurs dans la région hypogastrique gauche.

État actuel : L'ovaire gauche se présente au fond du dôme vaginal sous forme d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule très sensible à la pression. La malade craint qu'il ne faille encore extirper l'ovaire restant, mais à tout prix elle veut être délivrée de ses douleurs.

Traitement : Tampons de glycérine thigénolée à 20 pour 100 renouvelés chaque jour. Après trois jours la sensibilité de l'ovaire est diminuée. Après 15 jours la malade déclare que si son état continue à être aussi satisfaisant qu'il l'est, elle échappera à l'opération. L'amélioration obtenue dans ce cas-ci est d'autant plus digne de remarque que grâce à elle, on a pu conserver à cette jeune femme l'unique ovaire qui lui restait et régulariser ainsi sa menstruation.

Ces observations du docteur Neumann sont fort intéressantes. Cependant elles paraissent un peu spéciales car elles parlent presque toutes de para et de périmétrites. Nous ne connaîtrions pas complètement l'action du Thigénol dans les affections subaiguës, si M. le docteur Le Fur n'avait mis à notre disposition quelques-unes des observations qu'il a prises dans sa pratique

lorsqu'il a été amené à se servir du Thigénol. Trois autres observations publiées dans le nº 14 du *Concours médical* 1904 compléteront aussi cette étude.

Nous citerons avant de les transcrire un procédé employé souvent par nombre de médecins et qui nous paraît fort intéressant. Les observations qui vont suivre ont été prises d'ailleurs avec cette méthode. Et nous ne serions pas absolument exacts dans cette étude si nous la passions sous silence. Nous l'emprunterons au travail paru dans le nº 14 du *Concours médical* et intitulé : *Traitement médical des affections subaiguës en petite gynécologie.*

«.... Ce procédé a été décrit par Auvard. — Au lieu d'employer des tampons de coton hydrophile fortement imbibés de la solution thigénolée que l'on pousse directement sur le col utérin on porte sur toute la région des culs-de-sac vaginaux et du col la solution elle-même. Voici comment on procède :

« Le speculum est en place, il a chargé le col et distendu les culs-de-sac. On verse alors directement sur le col au moyen d'un récipient commode, une éprouvette par exemple, la solution de Thigénol que l'on veut employer et en quantité suffisante pour quelle imprègne convenablemement le col et les culs-de-sac du vagin.

Pour mieux obtenir ce résultat, il est bon de placer la malade le bassin légèrement relevé ; de cette façon tout le fond du vagin est baigné de liquide médicamenteux. On enfonce ensuite un fort tampon de ouate hydrophile, imbibé ou non de la même solution jusque sur le col. Ce tampon remplit un rôle de soutien pour les organes génitaux et empêche en même temps le liquide de couler par la vulve ou de se répandre dans le vagin.

« Ce pansement est fait tous les deux jours. Mais entre ces deux jours, la malade a soin de placer elle-même un ovule au Thigénol. Le médicament agit donc par ce procédé d'une façon permanente.

« Dans les cas subaigus, et puisqu'on fait en réalité un pansement quotidien on emploiera des doses plus faibles que s'il s'agissait d'affections chroniques pour lesquelles nous faisions d'habitude un pansement tous les deux jours surtout quand les malades sont occupées au dehors.

« On se servira par exemple pour les pansements proprement dits d'une solution à 20 grammes de Thigénol dans 100 grammes

de glycérine et pour les ovules d'une solution égale ou à 15 pour 100.

« Il est bien entendu qu'on ordonne toujours les injections antiseptiques très chaudes matin et soir et que l'on remplit les indications particulières à chaque lésion, cautérisations, scarifications, etc...

« Quant au massage de l'utérus, on ne le commencera, comme nous l'avons dit, qu'au bout de huit à quinze jours, alors que les organes génitaux et leurs adhérences ont été suffisamment décongestionnés, ce qui facilite d'ailleurs le redressement des déviations. » *Concours médical* 1904, n° 14.

Voici maintenant plusieurs observations fort intéressantes prises parmi celles que M. le Dr Le Fur a bien voulu nous communiquer. Les malades ont été traitées par la méthode que nous venons d'exposer. Elles se rapportent à des cas subaigus et vont nous éclairer encore sur l'action du Thigénol dans ces affections.

OBSERVATION XXVI

Communiquée par M. le Dr Le Fur

B..., 32 ans, couturière.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 14 ans avec douleurs. Règles douloureuses depuis.

Mariée à 24 ans. La dysménorrhée a sensiblement diminué.

A 27 ans, accouchement à terme dans de bonnes conditions.

A 29 ans, deuxième accouchement normal.

A 30 ans, fausse couche d'un mois et demi environ; depuis cette époque, la malade a souffert principalement dans la région lombaire. Constipation opiniâtre. Très peu de leucorrhée.

A 31 ans, violentes douleurs hypogastriques et dans les fosses iliaques. La leucorrhée jaunâtre est fort abondante. Il y a de la dysménorrhée. Pas d'hémorragies, douleurs lombaires vives.

Examen : Utérus en rétroversion accentuée. Col augmenté de volume porte une ulcération étendue. Des deux côtés les annexes sont douloureuses surtout à gauche. Leur volume n'est pas considérable.

Diagnostic : Métrite du col, ulcération, rétroversion accentuée, salpingite double subaiguë.

Traitement : Injections boriquées très chaudes matin et soir.

Pansements avec une solution de Thigénol à 30 pour 100 tous les deux jours et ovules thigénolés à 15 pour 100 les jours intercalaires. Janvier 1904.

Ces pansements ont déterminé chaque fois un fort écoulement des organes génitaux. Au bout de dix jours, les douleurs étaient presque calmées complètement.

Nous faisons alors le massage de l'utérus pour redresser la rétroversion au début de chaque nouveau pansement.

En deux semaines, la leucorrhée n'existait presque plus, l'ulcération est maintenant presque guérie, nous hâtons sa cicatrisation par quelques attouchements avec une solution de nitrate d'argent à 5 pour 100.

En 25 jours, au moment des règles, la guérison de l'ulcération est complète. Il n'y a plus de leucorrhée.

A l'examen, le col utérin est à peu près normal. Plus d'ulcération. Plus de leucorrhée. Les trompes ne sont plus saillantes et sont indolores au toucher.

La période menstruelle qui a suivi a été normale et par la suite la malade n'a pas souffert.

OBSERVATION XXVII

Communiquée par M. le Dr Le Fur

Th..., 22 ans, sans profession.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 18 ans et demi avec douleurs. Les règles sont assez régulières mais fort douloureuses.

Mariée à 20 ans. Une grossesse à terme, suites de couche normales.

Il y a un an, sans cause connue, sensation de cuisson à la vulve et au vagin. Abondante leucorrhée pas verdâtre. Bientôt après sensations douloureuses à l'hypogastre et dans la région lombaire. La leucorrhée est devenue très abondante. En même temps, douleurs vives dans la fosse iliaque droite avec irradiations vers le membre inférieur droit. La malade garde le repos pendant une huitaine de jours et prend des injections matin et soir au permanganate à 0,50 pour 1000.

Examen : A cette époque, la vulve est enflammée, la muqueuse vaginale œdimatiée, l'utérus épaissi laisse écouler de fortes pertes jaunâtres. La trompe du côté droit légèrement saillante est douloureuse. Rien à gauche. Nous portons au microscope une lamelle chargée de quelques gouttes provenant des pertes et prélevées sur le vagin. Il n'y a pas de gonocoques. Pas d'ulcération sur le col.

Diagnostic : Vaginite non gonococcique et métrite subaiguë avec légère salpingite droite.

Traitement : Pansements avec une solution d'ichtyol à 10 pour 100 tous les deux jours et ovules ichtyolés les jours intercalaires. En deux mois environ, soulagement assez sensible.

Le vagin est décongestionné, les pertes ont diminué, l'utérus cependant a gardé son volume exagéré et la trompe n'est pas guérie.

Pendant trois mois, état satisfaisant. Mais de temps en temps, il y a des poussées de vaginite et d'uréthrite. Les pertes redeviennent considérables, les douleurs augmentent, les urines sont troubles.

En novembre 1903, nous examinons à nouveau la malade.

Examen : La muqueuse vaginale est de nouveau le siège d'une inflammation catarrhale. L'entrée du speculum est douloureuse, le col utérin est augmenté de volume. La trompe droite est douloureuse. Toujours rien à gauche. Forte leucorrhée épaisse.

Traitement : Pansements avec une solution de Thigénol à 10 pour 100 tous les deux jours et ovules thigénolés à 10 pour 100 les jours intercalaires (novembre 1903).

En vingt-cinq jours environ, à la suite d'écoulements sensibles mais pas plus abondants qu'avec l'ichtyol, légère amélioration. Nous portons la solution de Thigénol à 30 pour 100.

Les douleurs ont disparu, dès le quatrième pansement; la vaginite était déjà très atténuée.

Tous les pansements ont déterminé un fort écoulement aqueux des organes génitaux.

En vingt jours, fin décembre, la malade était complètement guérie.

Après neuf pansements, la leucorrhée était insignifiante

A l'examen : Le vagin est absolument normal, le col utérin a repris son volume normal. La trompe droite n'est plus saillante dans le cul-de-sac latéral, elle est complètement indolore. Pas de trace de leucorrhée.

Les trois observations qui suivent ont été publiées dans le n° 14 du *Concours médical,* 1904, elles sont aussi de M. le Dr Le Fur.

OBSERVATION XXVIII

(*Concours médical* n° 14)

M..., cuisinière, 38 ans.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 14 ans sans douleurs, mais depuis, fort irrégulièrement. A 35 ans, accouchement à terme, mais dans de mauvaises conditions hygiéniques. Depuis cette époque, pertes blan-

ches abondantes, douleurs violentes à l'hypogastre et à la région lombaire. On fait à ce moment le diagnostic de métrite et de prolapsus utérin. Mais bientôt apparaissent des hémorragies fort abondantes. Deux fois par mois, a lieu un écoulement sanguin considérable. Pendant vingt jours, cette hémorragie dure. Mauvais état général, anémie prononcée.

Examen : Gros utérus métritique avec bosselures dans le fond ; des deux côtés les trompes sont volumineuses et douloureuses, surtout à gauche.

La malade nous dit que depuis un an surtout, elle souffre beaucoup dans la fosse iliaque gauche, elle accuse aussi une douleur sous forme de coliques sur le trajet du côlon transverse ; elle a trouvé dans ses selles des rubans membraneux.

Diagnostic : Fibrome probable en évolution, salpingite double subaiguë, entérite muco-membraneuse.

Traitement : Injections antiseptiques très chaudes matin et soir, ovules à l'ichtyol à 10 pour 100 tous les jours. Soulagement sensible des douleurs et de la leucorrhée en deux mois environ. Mais les hémorragies continuent avec la même abondance malgré quinze gouttes d'hamamélis matin et soir. La malade cependant peut vaquer à ses occupations.

Le 8 décembre 1903, traitement au Thigénol. Pansements avec une solution thigénolée à 20 pour 100 tous les deux jours suivant la méthode décrite plus haut, ovules thigénolés à 15 pour 100, les jours intercalaires. En même temps nous continuons la teinture d'hamamélis. En un mois, dans les premiers jours de janvier, amélioration très sensible des hémorragies et de la leucorrhée. Sous l'influence des pansements, il se produisait un très notable écoulement des organes génitaux et cette décongestion a favorisé dans une grande mesure la diminution des hémorragies. Fin février, suppression presque complète des hémorragies.

Examen : L'utérus, encore gros, a notamment diminué de volume. Les trompes sont à peu près normales et indolores. La salpingite est donc considérée comme guérie.

OBSERVATION XXIX

(*Concours médical*, nº 14)

L..., sans profession, 26 ans.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 13 ans avec douleurs. Règles irrégulières depuis, et dysménorrhée habituelle.

Mariée à 19 ans. Pas de grossesse. La dysménorrhée n'a pas diminué ; depuis deux ans surtout, violentes douleurs à la fosse iliaque gauche et à l'hypogastre, très abondante leucorrhée. De temps en temps, évacuation aqueuse considérable (venant des trompes), douleurs lombaires.

Examen : Utérus épaissi, col gros, entr'ouvert, forte leucorrhée. Ulcération du col étendue et profonde. Trompe gauche très volumineuse, tendue et douloureuse.

Diagnostic : Métrite et salpingite subaiguë. Hydrosalpinx (la trompe a conservé sa communication avec l'utérus) vaste et profonde ulcération du col.

Traitement : Injections antiseptiques très chaudes matin et soir. Pansements avec une solution d'ichtyol à 16 grammes pour 100 de glycérine ; ovules à l'ichtyol. Très légère amélioration en deux mois et demi. En janvier, pansements avec une solution de Thigénol à 20 pour 100 tous les deux jours et ovule thigénolé à 15 pour 100 les jours intercalaires. Écoulement très considérable hors des organes génitaux, évacuation de l'hydrosalpinx. Sédation absolue des souffrances. En deux mois, fin février, guérison complète de la métrite, de l'hydrosalpinx et de l'ulcération.

Examen : L'utérus est à peu près normal, l'ulcération du col est cicatrisée *entièrement ;* la trompe gauche a un volume à peu près normal, elle est tout à fait indolore.

OBSERVATION XXX

(*Concours médical* n° 14)

M..., 39 ans, sans profession.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 13 ans et demi sans douleurs, toujours bien réglée.

Mariée à 24 ans. Pas de grossesse. Il y a six ans, les périodes menstruelles sont devenues plus longues, durant six à huit jours. Plus tard des douleurs hypogastriques et lombaires ont fait leur apparition.

Il y a trois ans, véritables ménorrhagies, légère leucorrhée. Un médecin de Buenos-Ayres diagnostique un fibrome.

Depuis deux ans surtout, ménorrhagies et métrorrhagies profuses. Il est difficile de reconnaître l'époque des règles. La malade est la plupart du temps dans le sang. Les douleurs existent toujours et la leucorrhée est plus forte.

Actuellement, mauvais état général. Amaigrissement. Anémie. Constipation tenace.

Examen : Utérus volumineux, en rétroversion ; le fibrome, s'il existe (?), est difficile à atteindre : on ne trouve pas de bosselures sur l'utérus. Le col est à peu près normal. Le cathétérisme de l'utérus accuse une profondeur cavitaire de sept centimètres environ ; il n'y a rien aux annexes, mais l'utérus est saignant.

Diagnostic : Métrite hémorragique probable. Rétroversion manifeste. Le diagnostic avec un fibrome du corps est très difficile.

Traitement : 5 janvier, injections très chaudes suivant le procédé habituel. Pansement au Thigénol à 20 pour 100 tous les deux jours, ovules de Thigénol à 15 pour 100 les jours intercalaires. Ces pansements déterminent un très fort écoulement séreux. Au bout de huit jours seulement, massage et mobilisation de la masse utérine. Après quinze jours de traitement, les douleurs ont notablement diminué.

Au bout d'un mois, commencement de février, la malade se sent beaucoup mieux, la leucorrhée n'apparaît guère plus; l'état général est plus favorable. Le poids du corps a augmenté de deux kilogrammes. Les hémorragies sont très diminuées.

Les règles du mois de février ont été moins profuses. Continuation du traitement. Fin février, au bout de deux mois, les hémorragies sont à peu près disparu. La masse utérine est très diminuée de volume.

Examen : L'utérus a maintenant des dimensions presque normales. Il est mobile, la rétroversion est réduite.

Au mois de mars, les menstrues ont été normales.

2° *Affections subaiguës d'origine gonococcique*

Nous entrons ici dans l'étude si intéressante des propriétés antiseptiques du Thigénol. Sans élever ce produit sulfuré au rang d'un antiseptique, il est incontestable qu'il agit d'une façon très sensible sur les divers agents d'infection des voies génitales. Neumann qui l'a étudié surtout au point de vue de son action antiblennorrhagique en est très satisfait.

Nous allons citer quelques observations où le gonocoque est certainement la cause reconnue, et nous nous ferons ensuite une opinion personnelle sur la valeur curative du Thigénol dans ces affections caractérisées.

OBSERVATION XXXI

DE A. NEUMANN (*loc. cit.*) (Résumé)

Mlle B..., entrée le 10 avril dans mon service. Sensation de brûlure à la miction, et douleur dans les organes génitaux externes.

État actuel : Sécrétion purulente de l'urètre. Le microscope révèle la présence du gonocoque. Vulve rouge vif. Intertrigo. Pas de gonocoques sur le col utérin.

Diagnostic : Gonorrhée vulvo-urétrale aiguë.

Traitement : Compresses de sublimé. Injections vaginales au sublimé. Plus tard injections au nitrate d'argent en solutions de plus en plus concentrées.

1er Mai. Plus de gonocoques. Deux jours plus tard, 2e exmaen : pas de gonocoques. La malade se sentant mieux est congédiée.

1er Juin. La malade revient. Douleurs hypogastriques depuis 6 jours, très vives. Incapacité de travail. Utérus très sensible au palper. Annexes sensibles. Cul-de-sac recto-vaginal sensible à la pression. Température 38°5.

Ordonnance : Repos absolu. Opium. Compresses de Priessnitz Tampons de glycérine ichtyolée tous les jours.

Aucune amélioration. Le 3e jour tampons thigénolés.

6 Juin. La malade est levée et s'occupe du ménage. Les douleurs ont complètement cessé.

Continuation des tampons thigénolés. La malade travaille.

1er Septembre. Douleurs intermittentes à l'hypogastre gauche. A l'examen il n'y a aucune modification ni du côté de l'utérus ni du côté des annexes. Reprise des tampons thigénolés.

10 Septembre. La malade est guérie.

Et Neumann ajoute comme commentaire à cette observation :

« Il est plus que probable qu'il s'est agi dans ce cas d'une gonorrhée ascendante. et, tout sceptique que l'on puisse être, il faut attribuer à l'action du Thigénol (comme la malade le fit instinctivement) l'amélioration si rapide survenue à la suite de son emploi. Ce qui confirme cette manière de voir, c'est que dans de nombreux autres cas les effets produits par le Thigénol sans être aussi typiques furent néanmoins très favorables.

Je décrirai sommairement quelques cas qui montrent contre quelles affections j'ai employé le Thigénol et quels résultats il m'a donnés.

OBSERVATION XXXII

de Neumann (*loc. cit.*)

Madame R..., à laquelle j'avais extirpé en novembre 1902 la glande vulvo-vaginale droite atteinte de gonorrhée, vient se plaindre le15 mai 1903

de violentes douleurs abdominales depuis quelques jours. Constipation et flatulences, éructations.

État actuel : Léger ballonnement du ventre, parois abdominales tendues, sensibles à la pression. Utérus en rétroversion. Le fond de l'utérus, le cul-de-sac recto-vaginal, l'ovaire droit fortement abaissé sont très sensibles au toucher.

Diagnostic : Pelvi-péritonite subaiguë, d'origine blennorrhagique.

Prescriptions : La malade continue à travailler. Tampons de glycérine thigénolée renouvelés chaque jour. Après 10 jours les douleurs ont disparu. Au mois d'août, règles profuses. Je constatai à cette occasion qu'en dehors de l'utérus en rétroversion, il n'y avait aucun signe physique anormal.

Dans ce cas, l'action du tampon à la glycérine thigénolée fut d'une efficacité remarquable, puisque sans repos, il n'y eut non seulement aucune aggravation de la maladie, mais il y eut même un certain arrêt.

OBSERVATION XXXIII (Résumée)

de Neumann (*loc. cit.*)

Mme S..., 30 ans. Bonne santé habituelle. Bien réglée.

Mariée depuis trois ans. Pas de grossesse.

Depuis quelques semaines douleurs dans le bas-ventre. Ne peut marcher ni se tenir debout. Pas de leucorrhée actuellement.

1er juin. Température, 37°9. Utérus comprimé à sa partie antérieure contre la symphyse par une tumeur dure arrondie, de la grosseur d'un poing qui l'entoure de toutes parts. Impossible de bien différencier les annexes.

Diagnostic : Périmétrite subaiguë avec épanchement probablement d'origine gonococcique.

Traitement : Tampons de glycérine thigénolée à 20 pour 100 toutes les 48 heures. Repos au lit.

1er juillet. Le volume de l'exsudat est très réduit. Les douleurs ont disparu. En dehors des tampons on applique des douches chaudes de 40 à 50 degrés centigrades.

21 juillet. Diminution encore plus grande d'épanchement. Traitement identique.

2 septembre. Il ne reste plus de l'épanchement que quelques fausses membranes.

Ces trois observations de Neumann sont extrêmement nettes. Nous allons ajouter encore deux autres observations aussi explicites et nous passerons ensuite à la discussion de toutes nos observations; nous en déduirons l'étude des propriétés physiologiques du Thigénol.

OBSERVATION XXXIV

Communiquée par M. le docteur Bruyère

Madame V..., 23 ans.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 14 ans normalement. Les règles ont toujours été régulières.

Mariée à 21 ans.

Pas de grossesse. Pas de fausse couche.

Il y a un mois, douleur à la miction. Sensation de brûlure. Chaleur vive et douleur à l'orifice vulvaire.

Bientôt après, leucorrhée verdâtre fort abondante. Douleur vive à l'hypogastre et aux aines.

Examen : 8 janvier. Vulve enflammée. Muqueuse vaginale boursouflée, rouge vif. Très abondantes pertes jaunâtres. Le linge est taché fortement.

Col utérin entr'ouvert, légères ulcérations. Pertes abondantes. Corps utérin à peu près normal.

En pressant sur l'urètre d'arrière en avant il sort du pus verdâtre. Le diagnostic s'impose.

Du reste, des renseignements nous apprennent que le mari est en traitement depuis un mois environ pour une blennorrhagie aiguë.

Annexes sains des deux côtés.

Diagnostic : Vaginite et métrite du col subaiguës et d'origine blennorrhagique.

Traitement : Injections au permanganate de potasse à 1 pour 1.000.

Nous faisons quelques injections au sublimé à $\frac{1}{4000}$ au début des pansements et un écouvillonnage de l'urètre à l'eau oxygénée à 12 volumes coupée d'eau bouillie à parties égales. Puis pansements avec tampons thigénolés à 45 pour 100.

Ecoulement sensible après le pansement mais pas aussi fort que d'habitude.

Au bout de 3 pansements amélioration sensible de la vaginite et de la métrite cervicale.

La leucorrhée a beaucoup diminué. Plus de souffrances, la sensation de chaleur et de cuisson a disparu complètement de la vulve et du vagin.

Dès le huitième pansement, guérison complète de la vaginite et de la métrite du col.

OBSERVATION XXXV

Communiquée par M. le docteur Nigoul

Marie..., 27 ans, femme de chambre.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 13 ans sans douleurs et toujours régulièrement.

A 18 ans, premier rapport sexuel. Rien d'anormal.

A 24 ans, fausse couche de 2 mois 1/2 dans sa famille. Repos au lit pendant 6 jours.

Depuis cette époque souffre par moments dans la région lombaire et iliaque gauche. Pas de leucorrhée. Pas d'hémorragies.

Il y a 8 mois environ, apparition de pertes verdâtres abondantes. Sensation de brûlure à la miction. Cuisson dans le vagin et la vulve. Température, 38 et 39 degrés, pendant 3 à 4 jours. Cesse son travail et prend des injections au permanganate.

Depuis quelques mois les douleurs aiguës n'existent plus mais très forte leucorrhée jaunâtre et douleurs à l'hypogastre et à la fosse iliaque gauche. Par moments légère cuisson à la vulve.

Examen : Vulve enflammée. Vagin rouge, imprégné d'une très forte leucorrhée épaisse. L'urine recueillie dans trois verres est trouble au début de la miction. Le col utérin épaissi est rouge, laisse sourdre des pertes jaunâtres purulentes et fort abondantes. Les trompes des deux côtés sont légèrement sensibles, mais ne paraissent pas augmentées de volume. L'examen bactériologique n'a pu être fait.

Diagnostic : Mais il s'agit certainement de vaginite blennorrhagique, de métrite du col et de très légère salpingite double. Les lésions sont subaiguës.

Eau oxygénée à 12 vol. } ââ
Eau distillée..... }

Traitement : Écouvillonnage de l'urètre avec un mélange de :

Lavage de la muqueuse vaginale avec une solution de protargol à 1 pour 100 et pansements avec une solution de Thigénol à 25 pour 100 tous les deux jours. Ovule au Thigénol à 15 pour 100 les jours intercalaires. Injections matin et soir avec une solution de permanganate à 0,50 pour 100. (12 novembre 1903).

Écoulement fort abondant causé par le Thigénol.

Au bout de 5 pansements et après 5 ovules disparition complète des douleurs locales et des douleurs aux aines et à l'hypogastre. La vulve est normale, le vagin aussi, les pertes sont très fluides.

30 novembre 1903. Diminution très sensible de la leucorrhée. Cédation absolue des douleurs. La malade depuis 15 jours travaille comme autrefois.

Commencement décembre. Règles normales 4 jours.

18 décembre. Disparition de la leucorrhée presque complète. La malade se considère comme guérie.

Examen : Vagin et vulve normaux, col utérin décongestionné, moins volumineux. Les deux trompes sont insensibles absolument.

Ces quelques observations nous paraissent typiques, et il est inutile d'en citer de nouvelles. Nous sommes dès maintenant en possession d'un grand nombre de faits cliniques qu'il va falloir interpréter, car la valeur d'un médicament se déduit non seulement de ses propriétés chimiques, mais surtout de ses vertus, reconnues par la clinique. C'est là du reste le point qui nous intéresse le plus, et nous tenons à donner dans ce travail des indications sûres et précises, afin que le praticien sache à l'avance les résultats qu'il peut attendre du Thigénol. L'ichtyol passe à juste titre pour le meilleur des médicaments gynécologiques. Le plus grand nombre des médecins s'en sert malgré sa mauvaise odeur, et ses dangers d'intolérance, parce qu'il a fait ses preuves et qu'il est un médicament connu.

Le Thigénol n'a nullement la prétention de se substituer à l'ichtyol. Mais il a déjà sur lui la supériorité pratique d'être inodore, de n'être pas toxique, et de laisser sur le linge des taches si facilement enlevées à l'eau pure, que ce léger inconvénient, si véritablement on peut ainsi l'appeler, est presque négligeable. De cela les médecins peuvent se rendre compte immédiatement.

Il faut donc expliquer d'une manière aussi complète que possible les propriétés physiologiques du Thigénol. Il nous reste à savoir par quel mécanisme le Thigénol arrive à produire d'aussi bons résultats en gynécologie que l'ichtyol, peut-être même des résultats supérieurs.

Mode d'action du Thigénol

SA TOXICITÉ — LES DOSES

Tous les expérimentateurs s'accordent à reconnaître au Thigénol des propriétés résolutives, analgésiques, antiseptiques et kératoplastiques. Si vraiment il en est ainsi le Thigénol s'annonce comme un médicament de premier ordre.

Les affections gynécologiques, en effet, réclament précisément un traitement résolutif puisqu'il faut décongestionner les organes enflammés, et faciliter la résorption des exsudats phlegmasiques. Elles exigent un traitement calmant puisque les douleurs dont elles sont l'origine sont parfois intolérables et toujours fort tenaces. Elles se trouvent bien d'un traitement antiseptique, puisqu'elles ont toujours une origine infectieuse, gonocoque, streptocoque, saprophytes etc., et que la meilleure indication thérapeutique consiste à diminuer la virulence de ces microbes, et empêcher le développement des infections secondaires. Les ulcérations du col ne seront vraiment cicatrisées que par un agent ayant une action kératoplastique, car la décongestion et l'antisepsie ne suffisent pas toujours à combler sur les organes les pertes de substance aussi légères qu'elles soient.

Le Thigénol sera donc *à priori* un médicament de choix pour la gynécologie courante puisqu'il associe en lui-même ces quatre propriétés indispensables. Mais il est des médicaments dont l'action *in vitro* ne se trouve plus la même *in vivo*. Voilà pourquoi nous tenons à démontrer par la clinique la valeur réelle du Thigénol.

I. Action résolutive du Thigénol

Dans toutes les observations que nous avons signalées un fait important frappe constamment notre attention : Les tampons

imbibés d'une solution thigénolée, ou bien le contact de cette solution elle même sans tampons, produit toujours un écoulement abondant hors des organes génitaux. Neumann cite un cas où il a fallu cesser l'emploi du Thigénol parce que la sécrétion abondante qu'il provoque avait donné lieu à un intertrigo très gênant. (Neumann). Cet écoulement que nous avons vu extrêmement considérable dans certains cas d'affections chroniques attaquées par une solution à 45 pour 100, est d'apparence aqueuse. Il vient certainement d'une transsudation séreuse à travers les vaisseaux dilatés des organes malades. Par là il diminue la tension sanguine dans ces vaisseaux et puisque nous savons que l'élévation de la tension sanguine est un facteur puissant de l'inflammation, il en résulte logiquement que cette forte transsudation, en diminuant la pression du sang et sa stagnation aux points lésés, diminue du même coup l'inflammation pathologique dont ils sont le siège.

Mais les vaisseaux sanguins qui s'irradient à travers le parenchyme de l'organe et sa muqueuse ne sont pas les seuls qui subissent l'effet de l'action résolutive du Thigénol. Les glandes de la muqueuse utérine par exemple ne tardent pas aussi à se décongestionner. Elles commencent par produire en excès leur mucus et se dégorgent ainsi. Ce mucus épais avant le traitement devient rapidement fluide. Il y a une modification certaine de la sécrétion glandulaire. Bientôt, les vaisseaux sanguins des glandes muqueuses se décongestionnent à leur tour, par exsudation, et la muqueuse tout d'abord mamelonnée, épaissie, redevient normale.

Le Thigénol a donc une propriété résolutive des plus sérieuses, et cette propriété comme nous allons le voir domine la thérapeutique toute entière des affections chroniques et subaiguës en petite gynécologie.

Il faut d'abord remarquer que la cédation des souffrances qui ne manque jamais quelles que soient les lésions traitées par le Thigénol, peut être attribuée en partie à cette décongestion. Il est facile de comprendre en effet que le dégorgement des vaisseaux aura pour corollaire la moindre irritation nerveuse du voisinage et en conséquence l'atténuation immédiate des souffrances et de la sensibilité des organes. Par là l'action résolutive du Thigénol s'ajoute à l'action purement analgésique, pour produire le maximum d'effets, comme nous le verrons dans un instant.

Mais à cette action décongestive, propriété médicamenteuse vient s'en ajouter une autre fort importante aussi.

La grande quantité de liquide exsudé, et qui s'écoule hors de l'utérus, enlève fatalement dans son passage un grand nombre des agents d'infection secondaire cantonnés dans la cavité utérine. Il y a là une action mécanique fort intéressante à observer. Et sans crainte d'exagération on peut la comparer à l'action mécanique d'une injection intra utérine, sous faible pression. En ramenant hors de l'utérus les produits septiques de sa sécrétion pathologique, les écoulements observés produisent un véritable nettoyage de la muqueuse. Aussi ces deux actions combinées, action résolutive et action mécanique déterminent très vite des modifications sécrétoires et des modifications anatomiques des organes malades.

Qu'observons-nous en effet ? La leucorrhée jaunâtre ou verdâtre du début, épaisse aussi et filante, ne tarde pas à changer d'aspect et de consistance. Au bout de quinze jours environ de traitement par le Thigénol, les pertes leucorrhéiques sont plus fluides, elles se détachent facilement de l'orifice externe du col et dans les cas subaigus elles sont complètement taries en un mois et demi environ. Ce résultat vraiment remarquable est dû dans une grande mesure à l'action résolutive du Thigénol.

Les hémorragies utérines, ménorrhagies, métrorrhagies, quand elles ne sont pas liées à une tumeur fibreuse ou épithéliale subissent aussi une amélioration très sensible du traitement thigénolé. Nous avons cité 11 observations d'affections chroniques ou subaiguës avec hémorragies profuses, et nous constatons que ces hémorragies diminuent d'intensité et finissent par disparaître. Il est clair que ce résultat doit être attribué à l'excessive décongestion produite par le Thigénol sur les muqueuses.

Les modifications anatomiques succédant à la décongestion puissante produite par le Thigénol sont aussi très nettes. Les ulcérations, par exemple, portant sur des utérus atteints de métrite subaiguë perdent d'abord leur coloration rouge vif et, en un mois environ, aboutissent à la cicatrisation. Il est incontestable que le Thigénol, en diminuant la quantité des pertes et en modifiant leur nature, empêche l'inflammation et l'infection de se développer davantage au pourtour de l'orifice externe. Par là, il prépare le terrain et facilite l'action locale de ses propres vertus antiseptiques et kératoplastiques.

Dans les cas chroniques, cependant, nous n'observons guère la guérison de vastes ulcérations. Les érosions simples du col éprouvent seules un véritable bénéfice du traitement thigénolé. L'Ichtyol, du reste, n'agit pas mieux dans ces cas invétérés, et nous expliquerons tout à l'heure les raisons de cette différence clinique.

Les déviations utérines, flexions, versions, peu accentuées ou irréductibles, sont parfaitement redressées, quels que soient les cas, par le massage. La décongestion intense des organes et des paramètres facilite grandement ce résultat. M. le Dr Nigoul, dans le nº 11 du *Concours médical,* s'exprime ainsi à ce sujet :

« Quant aux déviations utérines, il est aisé de comprendre que l'utérus, fortement diminué de volume et de poids par la décongestion qu'il subit, se laisse plus facilement mobiliser par le massage et ramener à sa position normale ».

Nous avons, du reste, cité un grand nombre d'observations, où des antéversions, rétroversions et autres ont pu être guéries assez facilement, et nous avons parlé d'une rétroversion irréductible adhérente au rectum à peu près redressée en un mois et demi environ.

Dans tous les cas, la guérison de la métrite détermine la facilité du redressement utérin ; et, d'autre part, le redressement utérin facilite beaucoup la guérison de la métrite. Voilà pourquoi dans ce cercle vicieux l'action résolutive du Thigénol est prépondérante, puisque, en dégorgeant les vaisseaux et en diminuant le poids de l'organe, elle amende la métrite et rend l'utérus plus malléable. L'action du Thigénol est donc ici double, elle atteint à la fois les deux lésions.

C'esi qu'en effet, avec le traitement thigénolé, on observe progressivement, comme conséquence de la décongestion, une diminution de plus en plus sensible du volume de l'utérus et des annexes.

Dans les métrites et annexites subaiguës, alors que l'utérus, que la trompe, en pleine congestion, ne sont pas encore scléreux, alors que l'ostium utérinum n'est pas complètement oblitéré, ou peut s'ouvrir sous l'influence de la pression intérieure d'un épanchement, nous remarquons d'abord la cédation rapide des souffrances, cédation due certainement au dégorgement des vaisseaux, à la moins grande irritation nerveuse du voisinage, et aussi, nous

le verrons, à l'action analgésique du Thigénol, mais nous observons ensuite une diminution sensible du volume des organes. Dans les métrites subaiguës, le col et le corps utérin reprennent un volume voisin de la normale ; dans les annexites subaiguës on assiste au retour de la trompe et de l'ovaire à leur volume primitif, ces deux organes ne sont plus saillants, et sont difficiles à atteindre dans le cul-de-sac postéro-latéral.

Les gros utérus métritiques de la forme parenchymateuse chronique subissent aussi une très forte diminution de volume, mais pas aussi accusée certainement que s'il s'agissait de cas subaigus. Cependant, il faut le reconnaître, les métrites sont améliorées et peuvent paraître guéries, en tenant compte évidemment de la ténacité de ces affections désespérantes.

Il suffit de lire les observations que nous avons citées dans ce travail pour reconnaître combien la décongestion produite par le Thigénol est importante puisque les gros utérus parenchymateux sont ramenés à un volume beaucoup moins exagéré.

Il n'en est pas de même, malheureusement, des annexites chroniques anciennes. Elles deviennent indolores sans difficulté, mais leur volume ne varie guère ; le traitement thigénolé ne paraît pas les influencer à ce point de vue.

Les paramétrites et périmétrites subaiguës, avec ou sans exsudats séreux, sont décongestionnées admirablement par le Thigénol. Les nombreuses observations de Neumann sont formelles à ce sujet.

L'infiltration œdémateuse des paramètres, les épanchements séreux de date récente sont dissipés par les pansements thigénolés. Ces mêmes affections chroniques purulentes, si elles éprouvent les bons effets analgésiques du Thigénol, sont cependant passibles de l'intervention chirurgicale.

En résumé, l'action résolutive du Thigénol ne saurait être discutée. Elle s'exerce avec plus ou moins de succès, suivant que les cas dont il s'agit sont subaigus ou chroniques. Mais tous, sans exception, éprouvent les bons résultats du traitement thigénolé.

II. Action analgésique du Thigénol

Les observateurs allemands, Flatau et Neumann en tête, reconnaissent au Thigénol de très réelles qualités analgésiques. Flatau

(*Refer. Munchen. méd. Wochenschrift,* 1902, p. 2165) a appliqué pendant six mois le Thigénol au traitement des diverses affections de petite gynécologie et il en a été très satisfait. Il assure que l'action lénitive et résolutive de ce médicament n'a jamais fait défaut. L'action calmante du Thigénol lui a paru supérieure à celle de l'Ichtyol.

Neumann (*Sur l'Emploi du Thigénol dans les maladies des Femmes.* Muller, éditeur) écrit :

« Je puis donner aux résultats de mes nombreuses expériences avec le Thigénol cette conclusion : dans tous les cas où j'avais antérieurement fait usage de l'Ichtyol, les tampons de glycérine thigénolée ont montré une action calmante supérieure », et plus loin « j'ai constaté que, grâce à son action calmante énergique, le Thigénol offre le grand avantage d'être applicable aux cas aigus d'inflammation de toute nature, non pas dans le but de supprimer toute intervention opératoire, mais avec l'espoir d'apporter quelque soulagement à l'état du malade en attendant le moment opportun de pratiquer l'opération ». Neumann *(loc. cit.).*

Examinons aussi nos observations. Dans toutes, sans exception, nous remarquons, et dès le début du traitement, la cédation des souffrances. « La cédation de souffrances parfois très vive est absolue, dit M. le Dr Nigoul, au bout de 4 à 5 pansements en moyenne ». *Concours médical,* n° 11.

Ce résultat vraiment remarquable ne fait jamais défaut. Toutes nos observations, portant sur des lésions chroniques ou subaiguës de l'utérus, des annexes, des paramètres sont là pour le prouver. Faut-il en faire une conséquence de l'action résolutive ? Nous avons vu, en effet, au chapitre précédent, que la décongestion des vaisseaux entraînait la diminution de l'irritabilité nerveuse au voisinage, ce qui est bien une raison de l'analgésie observée. Mais, s'il n'y avait que cette cause, elle serait insuffisante à expliquer une cédation aussi absolue, aussi rapide ; il faut donc chercher ailleurs. Et, en effet, si nous revenons à nos observations, nous en trouvons deux ayant trait à des cicatrices douloureuses du col, reliquat d'amputations cervicales. Or, ces cicatrices, extrêmement sensibles au toucher, n'ont, pour ainsi dire, rien éprouvé au bout d'un quart d'heure environ du contact des tampons thigénolés. Après quelques pansements ces lésions étaient devenues complètement indolores. Nous sommes donc obligés d'admettre une action analgésique locale.

Si maintenant, nous remarquons que les salpingo-ovarites douloureuses sont devenues insensibles au toucher après quatre ou cinq pansements, nous ne pouvons attribuer ce phénomène à la décongestion seule, encore insuffisante, et il faut de nouveau admettre l'action analgésique du Thigénol.

Dans les douleurs si vives causées par l'infection gonococcique, l'action analgésique du Thigénol n'est pas non plus prise en défaut, et Neumann a pu dire :

« Dans les diverses métrites blennorrhagiques le Thigénol m'a semblé doué d'un pouvoir calmant tout particulièrement remarquable. C'est là un fait d'autant plus agréable à constater qu'en général nous ne pouvons faire grand'chose contre ces maladies extrêmement douloureuses ». Neumann *(loc. cit.)*.

C'est encore dans les affections douloureuses post-opératoires que l'action calmante du Thigénol ne peut être contestée. Nous avons cité plusieurs observations de Neumann à ce sujet et absolument typiques. Du reste, voici comment s'exprime ce même auteur :

« Le Thigénol comporte un champ d'action fort étendu grâce à ses éminentes qualités calmantes. Je l'ai employé avec succès dans toutes les affections chroniques ou subaiguës des organes génitaux de la femme accompagnées d'épanchements ou de douleurs et, sous ce rapport, j'ai pu en apprécier tout particulièrement les bons effets dans les états douloureux post-opératoires, états qui mettent le chirurgien dans un grand embarras ».

Cet action analgésique du Thigénol n'est évidemment qu'une ressource de la médication symptomatique mais elle n'en est pas moins fort importante en pratique.

Les malades viennent réclamer notre secours non pas toujours parce qu'elles ont des pertes leucorrhéiques, mais surtout parce qu'elles souffrent et que ces douleurs mettent un obstacle à la vie active.

En soulageant ces souffrances, le médecin aura déjà rempli une grande partie de son rôle professionnel. Il aura en tout cas inspiré confiance, il pourra continuer un traitement long ou délicat, et arriver peut-être à une guérison complète, il aura pu toujours, chez les malades de la classe pauvre donner des moments de répit et permettre de continuer sans trop de difficultés un métier pénible peut-être, si une opération est inutile ou refusée.

Cette action analgésique du Thigénol est des plus caractéristiques, et nous le répétons, elle n'a jamais fait défaut. Les médecins pourraient donc compter sur elle dans tous les cas gynécologiques.

III. Action antiseptique du Thigénol

Le Thigénol n'est pas à proprement parler un médicament antiseptique. Cependant, la clinique nous montre qu'il a une action certaine sur les agents microbiens des infections gynécologiques.

L'action résolutive nous explique déjà, comment les pertes leucorrhéiques, tout d'abord épaisses et de mauvais aloi, deviennent sous l'influence du Thigénol fluides et de couleur nacrée.

Mais, comme pour la cédation des souffrances, ce résultat est trop rapide pour qu'on puisse songer à l'attribuer tout entier à l'action résolutive. Il suffit en effet d'une quinzaine de jours pour modifier sensiblement la leucorrhée.

Ce résultat ne peut être atteint que par la diminution de virulence des germes et des sécrétions pathologiques, il faut donc admettre a côté de l'action résolutive une puissance antiseptique.

Mais ce ne serait là qu'une probabilité discutable peut-être, si nous n'avions des preuves à l'appui de ce que nous avançons.

Relisons, en effet, deux de nos observations, nous y verrons, comment des pertes fétides, d'odeur absolument insupportable, n'ont pas demandé vingt jours de traitement thigénolé pour perdre complètement leur odeur. Il ne peut dans ces cas être question de nier l'action antiseptique, car il a bien fallu que le Thigénol parvienne à détruire les germes pour guérir ces infections; l'action résolutive eut été insuffisante.

Mais s'il est une maladie très propre à étudier l'action antiseptique d'un médicament, c'est la blennorrhagie. Or, voyons encore les observations de Neumann, du Dr Bruyère et Nigoul portant sur des affections subaiguës d'origine gonococcique et que constatons-nous?

Dans tous ces cas, les vaginites ont été complètement guéries en quinze ou vingt jours. Les métrites du col, les salpingo-ova-

rites subaiguës ont été parfaitement améliorées par les pansements au Thigénol. Là encore, il ne peut pas être question d'une propriété purement résolutive, il faut mettre en avant l'action antiseptique du Thigénol. Neumann d'ailleurs est convaincu non pas précisément de l'action antigonococcique du Thigénol, mais il lui reconnaît formellement une action prophylactique. Or, reconnaître à un médicament une propriété prophylactique pour la blennorrhagie, c'est côtoyer de près, il faut le reconnaître, son action microbicide.

Voici du reste ce que Neumann écrit :

« J'ai essayé à quel point le Thigénol est capable d'enrayer l'extension des processus morbides à la sphère génitale profonde, dans les cas de blennorrhagies uréthrales et vulvaires aiguës. Précédemment, j'avais employé l'ichtyol dans le même but et obtenu des résultats satisfaisants.

« J'ai observé attentivement l'action prophylactique des tampons de glycérine thigénolée dans dix cas de blennorrhagies uréthrales aiguës ; chez aucun de mes malades, l'infection ne s'est propagée jusqu'au col de l'utérus.

« Je ne compte parmi ces cas, que ceux dans lesquels la disparition des gonocoques remonte à huit semaines au moins, de sorte que l'on peut admettre, avec beaucoup de probabilité que l'utérus et ses annexes demeureront indemnes d'une façon durable. Ayant fait deux mois plus tard un examen de contrôle, je n'ai constaté aucun symptôme alarmant.

..... Je n'hésite pas à attribuer une grande partie du succès au Thigénol, dont j'utiliserai dorénavant l'action prophylactique chaque fois que j'aurai affaire à une blennorrhagie aiguë.

« Pour expliquer cette action prophylactique, il n'est pas indispensable d'admettre que le Thigénol soit microbicide.

..... Quoi qu'il en soit, le Thigénol, paraît empêcher le développement des gonocoques. » Neumann, (*loc. cit.*)

L'action antiseptique du Thigénol dans les affections blennorrhagiques, mise à part, il est incontestable que cette propriété s'exerce sur toutes les lésions phlegmasiques de petite gynécologie; une puissance résolutive même très développée ne parviendrait pas à éteindre une inflammation aussi tenace et siégeant dans une cavité abritée comme la cavité utérine, s'il ne venait s'ajouter à elle une action nettement germicide sur des infections

secondaires qui pullulent dans cette cavité, voilà pourquoi la leucorrhée jaunâtre ou verdâtre au début du traitement perd très rapidement les caractères de la purulence; si le Thigénol, en effet, produit un écoulement décongestif très intense, il associe dans ces cas à son acte résolutif une véritable action antiseptique, on ne peut du reste expliquer les cas de guérison signalés principalement dans les cas subaigus, que par la disparition de la cause inflammatoire c'est-à-dire l'infection, que cette infection soit due aux agents microbiens, venus de l'extérieur, ou qu'elle soit simplement une auto-infection ascendante.

Voilà donc encore un fait acquis : Le Thigénol jouit de propriétés antiseptiques.

IV. Action kératoplastique du Thigénol

L'action kératoplastique est plus difficile à démontrer.

Cependant, comment expliquer la cicatrisation si nette et relativement rapide des ulcérations subaiguës même larges et profondes? Sans doute l'effet résolutif du Thigénol doit entrer en ligne de compte, puisqu'en dégorgeant les vaisseaux, il diminue l'inflammation ulcéreuse; l'action antiseptique d'autre part, en détruisant les germes infectieux au pourtour de l'orifice externe et sur une certaine longueur du canal cervical vient aider aussi la cicatrisation des pertes de substance. Il y aurait donc dans la guérison des ulcérations du col, à la fois, trois influences s'exerçant simultanément. Une influence résolutive qui décongestionnerait les ulcérations, qu'elles soient formées par la muqueuse en ectropium ou comme le veut Pozzi dans certains cas par *des altérations sur place* et l'on sait que dans les métrites subaiguës, les ulcérations sont de couleur rouge vif, franchement inflammatoires.

Une action antiseptique, détruisant au niveau de l'ulcération les agents infectieux venus de l'extérieur ou apportés par les sécrétions pathologiques et qui ont tendance à développer le processus ulcéreux; une action kératoplastique enfin, qui s'exercerait sur les tissus eux-mêmes et produirait par ses seules forces, la cicatrisation.

Dans les ulcérations chroniques anciennes, le Thigénol ne

paraît pas, cependant, guérir les ulcérations un peu étendues, il améliore plutôt les légères érosions du col. Nous allons étudier les raisons de cette différence.

Si maintenant nous nous résumons, nous arrivons à conclure que le Thigénol jouit de propriétés résolutives tout à fait remarquables, et qu'il décongestionne sans exception tous les organes enflammés sur lesquels on l'applique.

Qu'il a une vertu analgésiante incontestable s'exerçant aussi sur toutes les lésions subaiguës ou chroniques.

Qu'il a aussi une propriété antiseptique et des propriétés kératoplastiques.

Nous remarquons aussi que s'il produit la guérison de la leucorrhée et des hémorragies, s'il guérit les ulcérations du col, s'il ramène à l'état normal le volume de l'utérus et des annexes, si d'autre part il favorise la résorption des exsudats séreux paramétriques. Ces résultats s'observent surtout dans les lésions subaiguës.

Sur les affections chroniques de vieille date, le Thigénol même à dose élevée, n'aboutit qu'à la guérison de la métrite seule. Il produit il est vrai la cédation des douleurs annexielles, mais il ne guérit pas les ulcérations des métrites parenchymateuses et il ne produit pas un changement de volume appréciable sur les annexes chroniquement enflammées.

Les épanchements des ligaments larges, purulents ou anciens, entourés par des adhérences épaisses, ne bénéficient guère du traitement thigénolé. Il est vrai que toutes ces affections chroniques n'ont pas plus d'amélioration avec l'ichtyol ou tout autre agent thérapeutique.

D'où vient cette différence si sensible, cette opposition apparente au point de vue de l'action du Thigénol entre les affections subaiguës d'une part et les affections chroniques de l'autre?

L'anatomie pathologique va nous l'apprendre :

« Dans les lésions anciennes chroniques de l'utérus et des annexes, il est fréquent de trouver l'ostium uterinum de la trompe complètement fermé. Tantôt il s'agit de cette salpingite à forme parenchymateuse chronique décrite par Pozzi, et dans laquelle la trompe est transformée en un cordon fibreux imperméable, ou bien il s'agit de cette espèce d'hydrosalpinx appelée occlusa par Froriep, ou encore de pyosalpinx ; et l'on sait que dans cette

affection les orifices tubaires sont généralement oblitérés. La trompe est transformée en cavité close.

« Dès lors comment voudrait-on que s'exerce l'action résolutive et décongestive du Thigénol ou de tout autre médicament? Jamais un agent thérapeutique, quel qu'il soit ne transformera un cordon fibreux sclérosé en un tissu normal; et comment un médiment à action aspirante, si l'on peut ainsi dire, comme le Thigénol, pourrait-il évacuer le contenu d'un hydrosalpinx chronique ou d'un pyosalpinx puisque la porte de sortie est irrémédiablement fermée? Cela est impossible.....

« Quant aux vastes ulcérations que nous avons traitées sur des utérus volumineux atteints de métrite ancienne, si nous n'obtenions qu'une amélioration peu sensible, c'est que ces ulcérations sont de nature fibreuse, d'apparence ligneuse, atones et l'action résolutive et kératoplastique ne saurait évidemment s'exercer sur des tissus fibreux.

« Dans les cas subaigus au contraire nous avons affaire à des lésions tout opposées de salpingite et d'ulcérations; là l'ostium uterinum est rarement oblitéré, souvent il reste perméable, et il est possible parfois de faire le cathétérisme des trompes. On comprend donc aisément qu'un hydrosalpinx ouvert ou une affection catarrhale des trompes peut se vider par l'utérus sous l'influence de l'agent aspirateur ou décongestionnant. C'est en effet ce que nous avons remarqué dans plusieurs observations. Pour les pyosalpinx cependant même subaigus, l'intervention chirurgicale seule paraît donner de bons résultats à moins, chose improbable, que l'orifice utérin de la trompe soit resté perméable auquel cas un traitement médical agirait sans doute.

« Cependant puisque nous savons que le danger des salpingites kystiques anciennes vient surtout de leur impossibilité de s'évacuer par l'ostium uterinum oblitéré, peut-être n'est-il pas téméraire d'admettre, en s'appuyant sur l'action décongestive du Thigénol que nous pourrons avant les périodes chroniques lutter avec avantage contre ces affections.

« Quand les orages du début seront calmés, nous pourrons en effet, en décongestionnant les trompes diminuer sensiblement la tuméfaction de leur muqueuse, faciliter la perméabilité de l'orifice utérin et ouvrir un passage à l'écoulement. Nous pourrons ainsi transformer peut-être, un pyosalpinx récent en un hydrosalpinx

ouvert, comme la nature nous en donne maints exemples. Par la même action thérapeutique nous pourrons arrêter le développement des processus ulcéreux sur la paroi tubaire et diminuer d'autant les chances de rupture dans le péritoine.

« L'ovaire scléro-kystique ne prend pas toujours d'emblée cette forme, et parfois cette lésion définitive a procédé par étapes. Nous pourrons donc aussi enrayer dans une certaine mesure le développement de la sclérose et chercher en tout cas à retarder l'évolution d'une aussi douloureuse maladie.

« Il est impossible, malheureusement, de donner sur ce sujet des indications précises ; nous touchons là aux frontières du domaine chirurgicol, et sur cette question chaque praticien a son *modus faciendi* qui du reste est essentiellement variable comme la diversité des cas eux-mêmes.

« La guérison des ulcérations s'explique par ce fait que dans les affections subaiguës elles n'ont pas eu le temps d'évoluer vers la sclérose, elles sont encore bourgeonnantes, saignantes et dès lors modifiables par le Thigénol qui fortifie dans ce cas son action résolutive par ses propriétés kératoplastiques et antiseptiques » (docteur Nigoul, *Concours médical* n° 14, 1904).

Les métrites chroniques et subaiguës se trouvent très bien du traitement thigénolé. La cédation des souffrances est absolue au bout de 5 à 6 pansements. La leucorrhée, les hémorrhagies finissent par disparaître ou par s'atténuer dans de très grandes proportions. L'utérus dans les deux cas revient à son volume normal, et l'on peut dire que pour la métrite seule chronique ou subaiguë le Thigénol est un excellent médicament.

D'une manière générale, et en tenant compte des cas subaigus et des cas chroniques, si l'on considère que le Thigénol employé en solution et sous forme de pansements en petite gynécologie, produit la cédation des douleurs quelles qu'elles soient, la diminution de la leucorrhée, des hémorrhagies, le retour de l'utérus et des annexes (cas subaigus), à leur volume normal, la guérison des ulcérations du col (cas subaigus) la disparition des œdèmes et des exsudats inflammatoires des paramètres, qu'il facilite grandement la réduction des déviations utérines, on est amené à déclarer que le Thygénol est en gynécologie un médicament de premier ordre.

Nous ne voudrions pas cependant prétendre qu'il faille le substituer

au bistouri : dans la plupart des cas, ce serait une grave erreur de croire qu'un agent médicamenteux puisse avoir une action assez puissante pour améliorer des affections purulentes ou des dégénérescences organiques. Avec une pareille idée le praticien aurait de très pénibles désillusions.

Mais ce qu'il ne faut jamais perdre de vue c'est que les affections gynécologiques prises au début peuvent être sinon guéries complètement par un traitement médical du moins très soulagées et que le médecin pourra souvent éviter aux malades les angoisses d'une opération.

Le Dentu écrit : « La thérapeutique des affections des annexes est étroitement solidaire des affections de l'utérus, comme ces affections elles-mêmes sont solidaires de celles del'utérus » (*Gaz. des Hôp.*, 27 févr. 1892, n° 25, p. 225). On comprend donc comment certaines formes de phlegmasies tubo-ovariennes, telles que les salpingites catarrhales, les salpingites purulentes au début, les hydrosalpinx peuvent s'améliorer et même guérir complètement par le simple traitement des lésions utérines concomitantes (Segond). Un grand nombre d'auteurs semble être de cet avis, et beaucoup de chirurgiens même, ne rejettent pas le traitement médical sciemment employé.

« Au cours d'une poussée de pelvi-péritonite, ainsi que l'écrit Bouilly, il n'est pas toujours nécessaire d'ouvrir d'emblée les tuméfactions devenues accessibles dans le cul-de-sac postérieur. Il peut s'agir d'une masse formée par des adhérences intestinales et des exsudats péritonéaux récents, dans lesquels une ouverture ne saurait rien évacuer et ne serait pas toujours sans danger. D'autres fois il s'agit d'une collection séreuse enkystée dans des néo-membranes, et pouvant dans les jours suivants subir une telle diminution qu'il n'y ait pas lieu à intervenir. » G. Bouilly.

Même quand la pelvi-péritonite chronique a transformé les annexes, le péritoine pelvien, les ligaments larges en masses ligneuses, quelquefois criblées d'abcès, voire même lorsqu'il existe des fistules purulentes, on ne devra jamais conseiller l'opération, dit Segond, qu'après vérification consciencieuse de l'incurabilité des lésions. « J'estime, dit-il, qu'un traitement médical préalable sagement conduit doit toujours être essayé. » (Lebadie-Lagrave.) Neumann, dans son travail déjà cité, écrit à ce sujet : « En dehors des affections qui requièrent absolument le traite-

ment chirurgical, il reste encore un nombre considérable de cas qui peuvent fournir un champ suffisant pour les agents résolutifs locaux. Avant tout, il faut porter son attention sur la paramétrite chronique, la périmétrite subaiguë et chronique avec exsudats et adhérences, l'oophorite chronique et les pyosalpingites dont le pus nes'est pas encore collecté, la métrite chronique, les érosions du col de l'utérus. Dans les épanchements inflammatoires péri-utérins et péritonéaux, la nature même nous montre avec quelle facilité de grandes masses d'exsudats peuvent disparaître parfois par la seule force résolutive de l'organisme. Nous pouvons donc à bon droit, dans le traitement des inflammations des organes du bassin, nous en tenir au régime conservateur beaucoup plus que dans d'autres affections, à condition, bien entendu, d'avoir mûrement pesé les diverses chances de guérison. Même dans certains cas aigus de suppuration pour la guérison desquels le traitement chirurgical s'imposera tôt ou tard, il y aura avantage à s'en tenir momentanément au régime conservateur lorsqu'il est permis d'espérer que le virus morbide subira ainsi un affaiblissement graduel de telle façon que l'opération deviendra moins dangereuse. »

Nous avons tenu à donner l'opinion de divers chirurgiens au sujet de la gynécologie médicale, car personne mieux qu'eux ne peut en parler d'une manière plus impartiale.

Puisque donc les chirurgiens eux-mêmes conseillent au praticien de lutter sans crainte contre les lésions subaigües par les moyens médicaux, nous n'hésitons pas à leur présenter le thygénol comme un agent capable de leur donner le maximum de résultats grâce à ses propriétés résolutives, analgésiques, antiseptiques et kératoplastiques. Il se présente à l'heure actuelle comme « un médicament tout aussi efficace, peut-être même plus efficace que l'ichtyol ». Neumann, et nous pensons avoir démontré nous-mêmes qu'il répond parfaitement aux besoins de la gynécologie pratique.

V. Toxicité du Thigénol.

Nulle part nous ne trouvons relaté le moindre fait d'intolérance ou de toxicité au sujet du Thigénol. Les Allemands déclarent qu'il

n'est pas toxique. Les médecins français qui l'ont employé à dose élevée, 45 pour 100, par exemple, n'ont jamais remarqué le moindre degré d'intoxication. Cependant, M. le Dr Le Fur a bien voulu nous communiquer une observation d'après laquelle il pourrait y avoir envers le Thigénol des cas idiosyncrasiques. Ces faits jusqu'à présent sont extrêmement rares, puisque dans toute la littérature médicale il n'y a que celui-là. Nous allons le citer, cependant, dans cette étude complète du Thigénol parce qu'il a malgré tout son importance.

OBSERVATION XXXVI

Communiquée par M. le docteur Le Fur

M..., 30 ans, sans profession.

Antécédents gynécologiques : Réglée à 14 ans sans douleurs. Bien réglée depuis.

Mariée à 22 ans.

A 24 ans, grossesse à terme dans d'excellentes conditions.

Suites de couches normales.

A 26 ans, fausse couche de 2 mois environ.

Depuis cette époque, douleurs violentes dans la région lombaire et hypogastrique. Les règles sont douloureuses et profuses. Leucorrhée assez abondante, parfois métrorrhagies.

Mauvais état général, état nerveux très accentué.

Examen : Utérus gros, col volumineux, ulcération étendue, annexes normales des deux côtés. Forte leucorrhée.

Diagnostic : Métrite chronique avec ulcération du col.

Traitement : Injections boriquées très chaudes.

8 décembre. Pansements thigénolés, solution à 20 pour 100 tous les deux jours. A la suite de chaque pansement fort écoulement aqueux. Mais deux ou trois heures après le pansement, la malade est prise de vomissements alimentaires. Les pansements sont faits vers 5 heures du soir et la malade prend ses repas à 7 heures. Ces vomissements sont indolores et ne s'accompagnent d'aucun autre phénomène toxique.

Nous diminuons les doses de Thigénol. Les pansements faits avec une solution de 15 et 10 pour 100 produisent les mêmes vomissements après les repas.

La malade n'a jamais eu aucun trouble gastrique et jamais éprouvé de symptômes dyspeptiques.

Nous cessons donc l'emploi du Thigénol. Les vomissements disparaissent.

Il s'agit là, certainement, d'un cas d'idiosyncrasie, probablement pour le soufre, dont le Thigénol contient une forte proportion. Il possède en solution des sulfures organiques qui lui donnent un arrière goût légèrement alliacé. Nous savons, du reste, qu'on observe avec l'ichtyol des manifestations toxiques bien plus prononcées et qui ne sont pas toujours de simples cas idiosyncrasiques. Il s'agit simplement ici d'un phénomène banal de susceptibilité individuelle sans aucune autre manifestation toxique.

Doses : Ces constatations exceptionnelles ne retirent pas au Thigénol sa valeur thérapeutique en gynécologie, pas plus que les cas défavorables observés ne retirent à l'ichtyol ses qualités. Il reste posé ce principe admis par tous les observateurs que le Thigénol n'est pas toxique. Nous n'hésiterons pas à le conseiller aux doses de 40 pour 100 environ dans les cas chroniques. MM. les Drs Bruyère, Nigoul et nous-mêmes, dans nos recherches, l'avons employé couramment aux doses de 45 0/0 et nous avons toujours eu de brillants et rapides résultats. Les Allemands l'emploient à doses plus faibles, mais leur traitement est beaucoup plus long et dure trois mois en moyenne. Les observations françaises que nous avons citées sont beaucoup plus rapides dans leurs résultats et la moyenne de la durée pour les traitements est de un mois à un mois et demi.

Pour les cas subaigus, cependant, il n'est pas utile d'employer des doses fortes, une dose de 20 à 30 pour 100 suffit, en général, pour les solutions et une dose de 15 pour 100 pour les ovules. Dans les affections subaiguës, en effet, l'action du Thigénol est plus sensible, les lésions étant beaucoup moins développées et le tissu scléreux moins prononcé.

Telles sont les doses que les praticiens peuvent employer dans leur pratique gynécologique. Ils obtiendront, pensons-nous, de bons résultats, aussi bons, certainement, que s'ils se servaient de l'ichtyol.

Merkel a employé le Thigénol dans le plus grand nombre des

affections de gynécologie courante, il a obtenu des effets favorables et il conclut même à la supériorité du Thigénol sur l'ichtyol (*Münchener medic. Wochenschrift*, 1902, n° 48).

Flatau (*loc. cit.*), tout en insistant sur l'action calmante du Tigénol, conclut de la même manière.

Neumann et Jaquet, de Bâle, sont aussi du même avis. Neumann (*loc. cit.*).

Pour nous, nous avons voulu faire une étude aussi complète que possible du Thigénol, au point de vue clinique surtout, et appeler l'attention des médecins sur ce produit qui semble destiné à rendre les plus grands services en gynécologie.

Conclusions

1° Les affections gynécologiques sont très communes. Elles exigent un traitement médical précoce si on ne veut les voir devenir de véritables infirmités;

2° Ces diverses affections, susceptibles d'être traitées par les procédés indirects ou médicaux, renferment presque tous les cas de petite gynécologie au début de leur évolution, avant le stade définitif de sclérose :

a) Affections subaiguës du vagin, de l'utérus, des annexes et des paramètres, déviations.

b) Les lésions anciennes choniques sont aussi améliorées par les traitements médicaux mais d'une manière moins nette, telles sont les affections chroniques de l'utérus, des annexes, des paramètres, déviations utérines;

3° L'anatomie pathologique de ces affections est nécessaire à étudier si l'on veut bien comprendre la façon dont elles réagissent vis à vis de l'agent médicamenteux apporté par les pansements :

a) Dans les lésions subaiguës, le processus phlegmasique quoique développé n'a pas encore transformé les tissus en bandes de sclérose. L'action médicamenteuse pourra s'exercer puissamment;

b) Dans les lésions chroniques caractérisées par des transformations fibreuses des dégénérescences organiques, l'action thérapeutique sera plus difficile;

4° Avant d'aborder l'étude clinique du Thigénol en gynécologie il est bon de passer en revue les médicaments employés dans le même but : iodoforme, salol, dermatol, aristol, airol, ichtyol, thiol, Thigénol.

Le Thigénol semble être le meilleur médicament grâce à sa

forte teneur en soufre qui lui donne des propriétés résolutives, analgésiques, antiseptiques et kératoplastiques, il présente aussi des qualités pratiques de premier ordre;

5° L'action des pansements thigénolés dans le traitement des affections franchement chroniques, en petite gynécologie, se résume ainsi :

Cédation rapide des souffrances subjectives et objectives. Diminution et souvent guérison de la leucorrhée, des hémorragies non symptomatiques, d'une tumeur fibreuse ou carcinomateuse. Redressement plus facile des déviations utérines. Retour de l'utérus à un volume à peu près normal.

Les ulcérations du col sont peu influencées, le volume des trompes et des ovaires est difficilement réduit. Ces lésions subsistent encore;

6° L'action des pansements thigénolés dans le traitement des affections subaiguës en petite gynécologie est beaucoup plus manifeste. Il produit les mêmes résultats que pour les cas chroniques, mais plus nettement; en outre, son action se poursuit sur les lésions annexielles qui sont réduites, et les ulcérations du col qui sont guéries. Il s'agit ici d'affections non gonococciques;

7° Mais dans les infections blennorrhagiques les résultats obtenus avec le Thigénol sont aussi très typiques. Neumann l'affirme. Les vaginites, les métrites, les salpingites subaiguës gonococciques sont guéries par le Thigénol qui semble empêcher, d'après lui, la marche ascendante de l'infection;

8° La lecture des nombreuses observations que nous avons citées nous amène à reconnaître au Thigénol :

a) Des propriétés résolutives de premier ordre caractérisées par des écoulements très abondants d'apparence séreuse.

Les bons effets de cette action résolutive se font sentir sur tout le système génital. Cédation très rapide des douleurs, diminution sensible des hémorragies et de la leucorrhée, retour de l'utérus à l'état normal comme volume et position, diminution du volume des annexes et des épanchements paramétritiques;

b) Des propriétés calmantes fort sérieuses vantées par Flatau et Neumann. Elles s'ajoutent à l'action résolutive pour produire le maximum d'effet. Des cicatrices douloureuses du col, reliquat d'amputations cervicales ont été guéries avec le Thigénol en peu de jours;

c) Des propriétés antiseptiques manifestes, puisque les nombreux cas d'infection gonococcique parfaitement guéris par le Thigénol nous le prouvent et que Neumann reconnaît au Thigénol une véritable *action prophylactique* contre la blennorrhagie ascendante; des leucorrhées fétides ont perdu en peu de temps leur odeur insupportable, ce qui prouve l'action germicide du Thigénol;

d) Des propriétés kératoplastiques, car on ne peut expliquer autrement la cicatrisation complète des ulcérations étendues du col; dans ce cas les quatre propriétés du Thigénol paraissent se combiner;

e) Le Thigénol, en nous offrant à la fois toutes les propriétés nécessaires pour le traitement médical des affections gynécologiques est un médicament précieux et tout désigné pour les combattre.

f) S'il agit avec moins de puissance sur les lésions chroniques anciennes, il faut en chercher la raison, non pas dans une insuffisance thérapeutique, mais dans l'anatomie pathologique des lésions mêmes. Aucun médicament n'ayant le pouvoir de transformer en tissu normal des tissus fibreux et dégénérés;

g) Voilà pourquoi la chirurgie conserve toujours ses droits. Mais la gynécologie médicale peut rendre d'indiscutables services en arrêtant l'évolution des processus inflammatoires que ne manqueraient pas d'aboutir au stade chirurgical, en soulageant les malades, en les mettant en d'excellentes conditions pour supporter avec les meilleures chances de succès une intervention opératoire;

h) Ce sera donc dans les cas subaigus, que le Thigénol, comme tout autre médicament, produira les plus remarquables effets;

9° C'est du reste l'opinion des chirurgiens eux-mêmes qu'un traitement médical méthodique et sciemment appliqué peut obtenir des résultats surprenants dans les affections utérines, salpingiennes, paramétritiques axec eusudats et adhérences, mais à la condition de l'instituer dans les débuts de la maladie;

10° Pensant avoir fait l'étude complète du Thigénol en gynécologie, et confiant dans ses propriétés résolutives, calmantes, antiseptiques, kératoplastiques, nous n'hésitons pas à conseiller son emploi dans ces diverses affections;

11° Le Thigénol n'est pas toxique ; dans tous toute la littérature médicale, il n'y a qu'un seul cas où le Thigénol n'a pas été bien supporté. C'est un fait de susceptibilité individuelle envers le soufre dont le Thigénol contient une forte proportion, un fait d'idiosyncrasie sans aucun symptôme vraiment toxique ;

12° Les doses couramment employées sont :

a) Dans les affections chroniques, une solution de 40 grammes de Thigénol, pour 100 de glycérine, soit versée sur des tampons, soit directement sur le col ; on se servira aussi d'ovules thigénolés à 20 ou 30 pour 100. Ce n'est pas que le Thigénol ne produise des effets très nets avec des doses plus faibles, puisque les Allemands l'emploient de 15 à 20 pour 100, mais ils mettent trois mois, en moyenne, pour obtenir l'amélioration que divers expérimentateurs ont obtenue en un mois, un mois et demi, avec des doses de 45 pour 100.

b) Dans les affections subaiguës, les lésions étant plus facilement modifiables, on pourra se servir pour les solutions d'une dose de 20 à 30 pour 100, et pour les ovules d'un mélange de 15 à 20 grammes de Thigénol dans 100 grammes de glycérine.

Vu : Le Président de la Thèse,
S. GILBERT

Vu : Le Doyen,
M. DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Boldt. — *Amer. journal of obst.*, février 1888.

Bouilly. — *Manuel de Pathologie externe*, 4e édition.

Dubreuilh. — *Précis de dermatologie*, 2e édition.

Eschen. — *Iktyolets Anvendelse i gynækologien* (*gynækolog. og. obstêtriciske meddelelser*, t. viii).

Flatau. — *Refer. Munchen. med. Wochenchrift*, 1902.

Froriep. — Beobachtung einer wahren Sackwassersucht der Fullopischen Trompetus. *Med. Zeit. Berlin.*

Gauvain. — Des traitements médicamenteux en gynécologie. *Progrès médical*, 1904, n° 8.

Gauvain. — Sur l'emploi du Thigénol en gynécologie d'après le Dr Neumann. *Med. Moderne*, 1904, n° 8.

Griffith. — *Saint-Bartholom. hosp.* rep. 1882.

Helmer. — Virchow's archiv. Recherches sur l'Ichtyol.

Jayles. — Le spéculum. *Presse médicale*, 1904, n° 12.

Labadie, Lagrave et Lequeu. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie.* 2e édition 1901.

Le Dentu. — *Gazette des Hôpitaux*, 27 févr. 1892, n° 25.

Manquat. — Traité élémentaire de thérapeutique.

Merkel. — *Munchener med. Wochenchrift*, 1902, n° 48.

Neumann. — Sur un succédané de l'Ichtyol, *Gaz. des Hôp.*, 1904, n° 21.

Neumann. — Sur l'emploi du Thigénol dans les maladies des femmes. *Muller, éditeur*, 1903.

Nigoul. — Un nouveau traitement des affections de petite gynécologie. *Concours médical*, 1904, n° 11.

Nigoul. — Traitement des affections subaiguës en petite gynécologie. *Concours médical*, 1904, n° 14.

Pilliet. — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1896, n° 36.

Pozzi. — *Bull. et mém. de la Société de chirurgie*, 1895.

Pozzi. — *Traité de gynécologie*, 3e édition, 1897.

Quincieu. — De la columnisation du vagin. *Thèse de Lyon*, 1895.

Ratau. — Du Thigénol. *Echo thérapeutique*, 1903, n° 7.

Rosving. — *Fortschritte der Medicin*, 1887, n° 2.

Sackur. — *Cerl. Klin. Wochen.*, 1891, n° 32.

Segond. — Annexes de l'Utérus. *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus.

Weismuller. — *Berl. Klin. Wochen.*, n° 51.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-Propos 7

Introduction 9

Étude chimique 12

Applications du Thigénol en thérapeutique. 14

Notions générales de gynécologie médicale. 21

Affections gynécologiques susceptibles d'être traitées par les procédés indirects ou médicaux. 24

Anatomie pathologique 27

Étude clinique du Thigénol 32

Traitement des affections chroniques de petite gynécologie par le Thigénol 35

Traitement des affections subaiguës de petite gynécologie par le Thigénol 54

Mode d'action du Thigénol. 72

Conclusions 90

Bibliographie. 94

6994. — Paris. — Imp. des Beaux-Arts (A. Muller), 36, rue de Seine.